

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FILOZOFICKÁ FAKULTA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2012

Tereza Dubová

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Tereza Dubová

Sanace rodiny drogově závislých rodičů

**Rehabilitation of family drug addicted
parents**

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Jaroslavu Koťovi za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce.

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.“

V Praze dne

podpis autorky

Anotace

Diplomová práce je zaměřena na sanaci rodičů závislých na drogách. První kapitola mapuje postavení rodiny ve společnosti a její důležitost. Dále také zprostředkovává pohled na drogově závislé rodiče a na samotný syndrom závislosti a nejvíce ohrožené skupiny obyvatelstva. Následující kapitola se věnuje sanaci rodiny a jejími možnostmi při sociální rehabilitaci závislých rodičů. Ukazuje různé eventuality, jak sanovat rodinu a umožnit dítěti bezpečný návrat k matce a otci. Další kapitola popisuje specifické faktory ženského užívání návykových látek, příčiny vzniku závislosti u žen a překážky v abstinčně orientované léčbě. Diplomová práce obsahuje téma z oblasti následků užívání drog na děti a novorozence. Jsou zde vypsány fyzické i psychické důsledky zanechané na dětech těchto rodičů. Poslední kapitola teoretické části směřuje k charakteristice organizací, které se zabývají sanací celé rodiny a resocializací matek i otců závislých na psychoaktivních látkách. Praktická část diplomové práce je postavena na kvalitativním výzkumu tří rodin rodičů závislých na drogách.

Klíčová slova

Abstinční syndrom, abstinčně orientované léčba, dysfunkční rodina, ohrožené dítě, psychoaktivní látky, resocializace, sanace rodiny, sociálně-právní ochrana dětí, substituční léčba, syndrom závislosti

Annotation

This thesis is focused on the rehabilitation of drug dependent parents. The first chapter maps the position of the family in society and its importance. It also provides perspective on drug -dependent parents and dependent on the syndrome itself and the most vulnerable population groups. The following chapter is devoted to rehabilitation of the family and its possibilities for social rehabilitation of addicted parents. It shows different ways to rehabilitate the family and allow the child to return safely to his mother and father. The next chapter describes the specific factors of female substance abuse, causes of addiction in women and barriers to abstinence- oriented treatment. My thesis also contains the theme of the consequences of drug use on children and newborns. There are listed the physical and psychological consequences on children left behind by these parents. The last chapter of my thesis is a description of organizations that deal with rehabilitation and resocialization families mothers and fathers addicted to psychoactive substances. The practical part of the thesis is based on qualitative research of three families in which parents are addicted to drugs .

Keywords

Abstinence – oriented treatment, Dependence syndrome, Dysfunctional family, Endangered child, Psychoactive substance, Rehabilitation of family, Replacement therapy, Resocialization, Social and Legal Protection of Children, Withdrawal syndrome

OBSAH

ÚVOD	7
1 SOUČASNÁ SPOLEČNOST, RODINA A DROGY	9
1.1 SPOLEČNOST A DROGOVĚ ZÁVISLÍ RODIČE	11
1.2 SYNDROM ZÁVISLOSTI	15
2 SANACE RODINY	17
2.1 SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ OCHRANA DĚTÍ.....	19
2.2 PŘÍPADOVÉ KONFERENCE.....	22
2.3 INDIVIDUÁLNÍ PLÁN OHROŽENÉHO DÍTĚTE.....	23
2.4 MOŽNÉ FORMY SANACE	24
3 SPECIFIKA DROGOVÉ ZÁVISLOSTI ŽEN.....	29
4 DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG V TĚHOTENSTVÍ NA DÍTĚ	32
4.1 PROJEVY ABSTINENČNÍHO SYNDROMU U NOVOROZENCŮ.....	35
4.2 PÉČE O DĚTI S ABSTINENČNÍM SYNDROMEM	36
5 INSTITUCE ZABÝVAJÍCÍ SE SANACÍ RODINY	39
PRAKTICKÁ ČÁST	50
KAZUISTIKY.....	54
RODINA A	55
RODINA B	59
RODINA C	63
VÝSLEDKY VÝZKUMU - KVALITATIVNÍ ANALÝZA	68
ZÁVĚR	75
LITERATURA.....	77

Úvod

Diplomová práce se bude zabývat situacemi, které vznikly v souvislosti s drogovou závislostí rodičů, možnostmi práce formou jejich sanace a také jejich postavením ve společnosti. Užívání návykových látek je jedním z nejpalčivějších problémů současnosti. Mezi dospívajícími je experimentování určitým trendem, který se odráží na jejich chování, socializaci a nedostatečnou zodpovědností k řádnému založení rodiny. Nelze předpokládat, že tento jev v budoucnu vymizí, dá se naopak očekávat jeho pozvolný nárůst. Je tedy třeba tomuto tématu věnovat dostatek pozornosti.

Počáteční kapitola se bude zabývat postavením rodiny ve společnosti, její důležitostí a jedinečností. Ukáže, že specifický statut této sociální instituce ovlivňuje zdravý vývoj jedinců, skupin i celé populace. Zaměří se na pohled osob potýkajících se s vlastní závislostí na návykových nealkoholových látkách, kteří jsou zároveň rodiči. Popíše sociální i zdravotní důsledky životního stylu na drogové scéně. Stručně se bude věnovat i syndromu závislosti, osobnostním změnám nastávajících u osob experimentujících a užívajících návykové látky, zmíní nejvíce ohrožené skupiny obyvatelstva. Okrajově se bude zmiňovat i o změnách v užívání psychoaktivních látek v České republice. Nastíní také nezastupitelnou roli státu, jeho institucí v oblasti sociálně-právní ochrany dětí a dalších odborných zařízeních věnujících se sanaci rodiny a léčbě drogové závislosti.

Následně budou formulovány předpoklady, za kterých je možné poskytnout pomoc a spolupráci rodičům užívajícím návykové látky. Kapitola se zaměří na možnosti sanace jednotlivců a celé rodiny. Bude se věnovat i substituční terapii jako jedné z alternativních cest počátku spolupráce mezi uživateli drog a odborníky na abstinčně orientovanou léčbu. Budou zde popsány odborné organizace věnující se drogové problematice. Zároveň bude vysvětleno jakým způsobem se tyto instituce spolupodílejí na řešení situací vzniklých z drogové závislosti rodičů a jakým způsobem se zapojují do sanace celé rodiny.

Důležitým faktem, který bude třeba zmínit v další kapitole jsou specifika užívání návykových nealkoholových látek u žen. V textu budou popsány faktory, které ovlivňují abúzus a psychopatologické chování narkomanek. Poukáže se na vlivy bránící resocializaci, péči o vlastní děti a vystoupení z drogové spirály. Zajímavým se ukáže pohled žen uživatelů na závislost a těhotenství, partnerství a ochotu změnit životní styl. Kapitola umožní poodhalit minulost těchto žen, jejich traumata a životní zkušenosti.

Diplomová práce se také zaměří na následky, které z drogové závislosti rodičů vyplývají pro samotné děti. Ukáže škodlivost návykových látek na zdravotní stav

novorozenců a možný budoucí vývoj dítěte. Bude se zabývat i chováním starších jedinců, kteří žijí s rodičem, jež užívá drogy.

V poslední kapitole teoretické části budou definovány odborné organizace, které pracují se závislými osobami a specializují se na práci s užívajícími rodiči a na řešení jejich sociálních i rodinných problémů. Budou zde popsány profesionální pracoviště, jejichž posláním je dovést uživatele drog k abstinenci a resocializaci do společnosti.

Diplomová práce bude také obsahovat praktickou část založenou na kvalitativním výzkumu. Budou použity kazuistické případy rodičů závislých na psychoaktivních návykových látkách - pervitinu a heroinu. Tyto rodiny budou zmapovány od prvního setkání se zdravotními a státními institucemi, především s pracovištěm orgánu sociálně-právní ochrany dětí – zkráceně OSPOD. Budou zaznamenány anamnestické údaje rodičů i dětí, jejich kontakt a spolupráce s dalšími odbornými institucemi, postup a vývoj jejich léčby a abstinence. Bude popsána jejich cesta za znovuzískáním vlastního sebevědomí, zdravému přístupu k sobě i okolí, nalezení rodičovské zodpovědnosti, schopnosti a dovednosti pečovat o své děti. Důležitou součástí bude také zmapování širších rodinných vztahů, finanční situace rodiny a jejich sociální možnosti. Pro zachování soukromí a ochranu osobních údajů nebudou v praktické části zmiňovány jména rodičů ani dětí.

Praktická část také usiluje o pohled na rodiče narkomany, jako na osoby, kterým by měla být dána šance změnit svůj život a tím i osud svých dětí. Protože každé dítě má právo vyrůstat ve své biologické rodině.

Cílem diplomové práce bude ukázat možnosti sanace drogově závislých rodičů. Zmapovat možný postup při léčbě závislosti matek a otců a přístupy odborných zařízení při spolupráce s orgánem sociálně-právní ochrany dětí. Dílčím cílem kvalitativního výzkumu bude zjistit, zda má sanace těchto rodičů šanci uspět a zda je to přínosné řešení pro samotné děti.

1 Současná společnost, rodina a drogy

Rodina je základním prvkem celé společnosti. Je primárně zodpovědná za výchovu svých potomků a zároveň udržuje kulturní tradice dané země či oblasti. Učí své potomky určitým hodnotám a normám, socializuje je a předává jim svůj životní styl. Role matky a otce jsou nezastupitelné, svým chováním ovlivňují budoucí život svého potomka. Jsou jeho vzory a utvářejí svým dětem pohled na partnerství, rodičovství, společenské chování a bytí.

Matka je pro novorozence nejdůležitější bytostí, ochraňuje jej a krmí, stará se o něho. Zabezpečuje jeho zdravý vývoj a vývin. Otec většinou tuto péči kompenzuje finančním zajištěním rodiny. V dnešní společnosti se tyto role často mění a vzájemně se prostupují. Nicméně je stále patrné, že rodiče jsou nenahraditelní a jsou to oni, kdo je za své mladé členy rodiny zodpovědný. Je jen logické, že se společnost snaží ochránit institut rodičovství a samotné děti. V dnešní době, kdy je rozvod vnímán jako běžná záležitost, přichází další faktor ovlivňující samotnou funkci rodinu. Tímto faktorem je existence psychoaktivních látek, zejména drogy a závislost na nich. Užívání těchto návykových látek narušuje bezpečí, výchovu a zdravý vývoj dětí. Matka, otec nebo i oba svůj veškerý čas věnují na získávání finančních prostředků, jež využijí ke koupi drog. Jejich vlastní potomci a péče o ně již není prioritní. Děti jsou tak vystaveni možnému zanedbávání, týrání, dalším psychopatologickým jevům v domácím i širším sociálním prostředí, zdravotnímu riziku a dokonce i smrti.

Společnost se snaží rodinu chránit, a to především její nejzranitelnější členy děti. Ty nemají dostatek zkušeností, psychických ani fyzických sil, aby vyřešily tíživou životní situaci, která je postihla a kterou pro ně připravili vlastní rodiče. Postupem času tedy vznikaly různé státní i nestátní instituce ochraňující děti a mladistvé před nežádoucími psychopatologickými jevy. Stejně tak začaly fungovat první organizace a odborná zařízení snažící se navrátit rodině její hodnoty, funkce a umožnit dítěti vyrůstat v rodině nebo do ní bezpečně přijít. Odborná zařízení zabývající se sanací učí oba, matku i otce, jak se starat o děti, jak je hodnotně vychovávat, pomáhají jim zvládat běžné i náročné dny. Podporují je v absolvování vhodných terapií nebo jim je sami nabízejí. Jejich cílem je zdravá rodina splňující všechny své funkce, jako jsou biologicko-reprodukční, socializačně-výchovnou, emocionálně- hodnotovou a ekonomickou.

Závislost rodičů je pro společnost sociálně nežádoucím jevem. Nejen, že rodiče ohrožují své potomky na zdraví, ale předávají jim i zkušenosti a návyky života z drogové scény. Mladý či dospívající jedinec zvyklý na toto prostředí se pravděpodobně bude uchylovat ke stejným vzorům chování jako jeho matka nebo otec, jedná se tedy o

tzv. transgenerační přenos. Dítě se bude pravděpodobně chovat jako jeho rodiče, protože nemá jiný vzor chování a nemá dostatečné zkušenosti s chováním majoritní společnosti. Tyto negativní předlohy chování mohou do budoucna ovlivnit celou společnost a možná způsobit i její rozpad po morální i hodnotové stránce.

V případě, že rodiče nedovedou, nechtějí či nemohou pečovat o své děti, nastupuje jako jejich opatrovník stát a přebírá roli pečovatele a vychovatele. Tyto děti jsou umístěny do dětských domovů, do pěstounské péče a v některých případech jsou adoptovány a vychovány v rodině. Zároveň však mají děti právo být vychovávány svou biologickou rodinou. I přes to, že mnoho matek i otců jsou veřejností pokládáni za nezpůsobilé a nenapravitelné, měli by dostat šanci na nápravu a změnu svého života.

Smutková uvádí, že jádro rodiny je právě v tom, že jde o nenahraditelnou a jedinečnou instituci, pro kterou je typická angažovanost rodičů na osudu svých dětí.¹

Právě tato slova vyslovují podstatu již zmiňovaného problému či důvodu, proč drogově závislí nemohou bezpečně vychovávat své potomky. Energie a péči, kterou by měly dostávat děti, pokrývá snaha sehnat a vzít drogu. Nejsou plněny funkce rodiny a život dětí a jejich bezpečí jsou ohroženy.

Problémem dnešní společnosti je částečně fakt, že tradiční role ženy a muže se odlišují, formy rodiny jsou dnes spíše nukleární, vícegenerační rodina se stává dnes atypickou. Dochází k rozvolňování rodinných vztahů, běžným jevem je i rozpad rodiny. Vlastní ego dnes převládá nad empatií k vlastním dětem.

Odrzem doby je i trend dnešní mládeže a dospívajících v experimentování s drogami. Závislost u mladých lidí vzniká rychleji, opouštějí vzdělávací instituce, nejsou schopni navázat kvalitní mezilidské vztahy. Často jim chybí pozornost, empatie a citové zázemí vlastní rodiny. Se životním stylem narkomana se pojí celková nezodpovědnost k životu, nedostatek vůle ke změně, strach, kriminalita a další negativní společenské jevy. Po několika letech takového života jedinec nenachází motivaci k léčbě, nemá náhled na své chování ani situaci. Těhotenství a příchod dítěte na svět je často jen epizodou. Ale někdy je to impuls, který způsobí, že matka závislá na droze podlehně nátlaku okolí a pokusí se léčit. To je čas, kdy se jí může dostat tolik potřebné podpory a pozornosti. V této fázi je matka motivována a společnost se může pokusit sanovat, tedy napravit její budoucí život i osud dítěte.

Společnost závislým ženám umožňuje léčit se, znovu navázat vztahy se svou rodinou, okolím a plně se integrovat do společnosti. Získat odpovědnost za vlastní chování a důvěru

¹ SMUTKOVÁ, L. Sociální práce s rodinou. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007, s. 14

okolí. Mohou vychovávat dítě a být matkou jako kterákoliv jiná žena. Jde o dlouhodobý a náročný proces.

Následující podkapitola se bude věnovat praktickým faktorům, jež ovlivňují rodiče narkomany, a to jak se jim žije se stigmatem narkomana, jak se vyrovnávají s léčbou, s životními změnami a s odpovědností, která je spojená s početím dítěte.

1.1 Společnost a drogově závislí rodiče

Jak již bylo řečeno rodina a domácí prostředí je pro děti nejvhodnější a nejbezpečnější místo. Otec a matka jsou těmi, kdo je mají chránit a pečovat o ně. Jakékoliv větší odchylky společnost zákonitě trestá nebo používá kontroly k napravení negativního chování rodičů.

Nemůžeme pochopit jak někdo dává přednost droze před vlastním potomkem. Jedince, kteří se odmítají starat o své děti odsuzujeme, nechápeme je a ani nechceme. Je pravda, že mnohé narkomany těhotenství či rodičovství nezmění. Ale někteří se až zázračně vzchopí, aby si udrželi nově nabytý pocit, že někam patří a jsou něčeho součástí. Prvním impulsem pro léčbu není mateřský cit či pud. Je to jemný nátlak okolí, kdy se k matkám přistupuje s respektem k jejich rozhodnutí. Nicméně žena – matka je většinou počátečním hybatelem změn. Nejen vzniklým těhotenstvím, ale často právě rozhodnutím udržet nově vzniklý svazek. Cílem je ukázat světu, že není tak opovržením hodná, že je taky rodič a pro své dítě udělá, co bude potřeba.

Do roku 1989 se na veřejnosti o drogách příliš nemluvalo, protože se jednalo o společensky velmi nežádoucí chování. Pokud byl jedinec závislý, rodina toto často tajila. Ženám užívajícím návykové látky se doporučovalo umělé přerušování těhotenství. Narozené děti byly svěřovány do péče prarodičů nebo kojeneckým ústavům, větší byly svěřovány dětským domovům. Po roce 1989 se situace pomalu začala měnit, rozšířila se drogová scéna, přibýly nové substance a samozřejmě narostla řada závislých. V zájmu celé společnosti vznikaly nové programy a instituce věnující se léčbě a terapii těchto jedinců. Vznikla protidrogová politika země, třístupňové formy prevence a občanská sdružení pomáhající rodinám s drogově závislým členem i samotným matkám a otcům narkomanům. Mezi první odborná zařízení v České republice patřil Drop in, o.p.s. a jeho Centrum pro rodinu a občanské sdružení Sananim.

V současné době převažuje trend v užívání marihuany, extáze a dalších tanečních drog. Užívání pervitinu a heroinu se v Praze stabilizuje. Drogová politika se v dnešních dnech zaměřuje především na primární prevenci, léčbu a resocializaci abstinujících osob, úpravu

legislativy a potlačováním nabídky drog. Tyto oblasti jsou podporovány státem formou finančních dotací, profesního vzdělávání odborníků, zahraniční spolupráce a také koordinace. Specifickými cíly Národní strategie je zastavit nárůst uživatelů drog, snížit dopady na zdraví těchto lidí a zmenšit procento úmrtí narkomanů. Protidrogová politika České republiky je založena na multidisciplinárním přístupu, který zahrnuje primární prevenci, resocializace také služby harm-reduction čili snížení rizik.²

Odborná zařízení věnující se osobám závislým na drogách z tohoto důvodu realizují nízkoprahová centra pro danou cílovou skupinu. Jsou vhodná pro dospívající mládež experimentující s drogami, kde tyto centra mohou motivovat adolescenty ke smysluplnému trávení volného času mimo drogovou scénu. Další cílovou skupinou jsou již dlouholetí uživatelé návykových látek, kterým umožňují služby terciární prevence typu harm-reduction a pokoušejí se nenásilně motivovat k abstinenci orientované léčbě. V současné době se experimentování s psychoaktivními látkami rozšiřuje především u mladých dospělých, kteří se pod vlivem závislosti stávají nezodpovědnými a v tomto směru se ubírá i jejich další život, a to i partnerský a někdy i rodičovský.

Preslová se k této společenské i lidské změně vyjadřuje takto: „*V průběhu let jsme se postupně učili nebát se toho, že naši mnohdy problémoví klienti přivádějí na svět děti, což bylo někdy mnohem obtížnější než smířit se s tím, že kradou, prodávají drogy apod. Fenomén matky je v každém z nás zabudován hluboko a niterně. Očekávání, osobní prožitky, postoje a zkušenosti s tím spojené nás na vědomé i neuvědomované úrovni ovlivňují i tam, kde na to nejsme vnitřně připraveni.*“³

A právě proto, co nazvala Preslová fenoménem matky je pro nás tak těžké připustit si, že žena závislá na drogách je i matkou. Ve své rodičovské zodpovědnosti a péči je ovšem značně omezena návykovou látkou. V době užívání či abstinčních příznaků se nezajímá o stav svého dítěte. Jedinou variantou je pro ni léčba a spolupráce s odbornými zařízeními a orgánem sociálně-právní ochrany dětí. Pokud není motivována společnost se právě přes zmíněný orgán postará o umístění novorozence do příslušného zařízení – kojenecký ústav, připraví nezbytné právní náležitosti a po určité době soud může rozhodnout o adopci. Novorozenec tak dostává šanci vyrůstat v nové rodině, ve zdravém sociálním prostředí.

Někdy jsou tyto děti svěřovány do péče svých prarodičů. Je ovšem nutno podotknout, že v praxi se toto příliš neosvědčilo, a to především kvůli transgeneračnímu přenosu. Lze předpokládat, že u závislých rodičů došlo k určité chybě ve výchově, k přístupu k nim. Péče

² BÉM,P. In: KALINA ,K. a kol. Drogy a drogové závislosti. Úřad vlády ČR, 2003, s. 34-38.

³ PRESLOVÁ, I. Ženy a drogy. Praha: Sananim, 2009, s. 11.

prarodičů často kopíruje právě to chování, které vedlo k drogové závislosti jejich vlastních dětí. U vnoučat jde pak jen o ustálený rodinný vzorec. Matky, které se rozhodly podstoupit léčbu a doživotně abstinovat v terapii často rozkrývají svá dětská traumata a zážitky.

Preslová zdůrazňuje, že ženy závislé na drogách bychom neměli odsuzovat. Nemá to pro nás žádný užitečný efekt. Primárně jde o to rozdělit je na motivované a nemotivované. Ty, které se chtějí léčit a spolupracují s odbornými institucemi dosahují vyššího procenta úspěšnosti než ty bez motivace. Ženy, pro které dítě není důvodem ke změně stylu života, nepodstoupí terapii, jen proto, že jsou matkami a takhle by se to mělo dělat. Pokud by se těmto ženám věnovala větší pozornost a péče, prodlužuje se jen doba, kdy dítě je samo v kojeneckém ústavu. V době, kdy mohla probíhat adopce či pěstounská péče.⁴

Z důvodu motivovanosti a odhodlání je nutné primárně pracovat a sanovat pouze rodiče, kteří o léčbu a pomoc mají zájem. V tomto ohledu se názor společnosti již mění. Odborníci jsou ochotní jednat s lidmi, kteří se chtějí léčit a pomáhají jim i překlenout těžké životní období. V tomto času totiž tyto jedinci často nemají, kde spát, nemají finanční příjmy a ztratily kontakty s širším společenstvím. I proto vznikly organizace věnující se pomoci těmto matkám a otcům. Především tuto šanci dostávají matky, na nich je jejich dítě citově závislé. V Dětských centrech, jako např. Zlín, Ostrava, Znojmo, Brno, Opava, Jihlava, atd., vznikly pokoje určené pro tyto ženy a jejich novorozence. Matky jsou zde pod dozorem zkušeného zdravotnického personálu, který sleduje i péči matky o dítě. Zároveň ženy podstupují ambulantní léčbu, jsou kontrolovány na přítomnost návykových látek a jsou ve své motivaci podporovány. Mají čas vyřídit si potřebné finanční zajištění, zajistit si vhodné ubytování, znovu navázat kvalitní rodinné vztahy a přitom si stále posilují emocionální pouto mezi matkou a dítětem. Tato možnost řešení je časově omezená, trvá přibližně půl roku. Závislé matky si také mohou zvolit dlouhodobou formu léčby v komunitě. Existují komunity přímo určené pro pobyt závislé matky s dětmi. Tato forma terapie by měla trvat nejméně 1 rok.

Preslová vyslovila domněnku, že spolupráce státních institucí a adiktologických zařízení v poslední době prodělala svůj největší rozvoj. Bez vzájemné podpory a komunikace, respektování a nalézání řešení nelze léčit matku, sanovat celou rodinu a vyřešit jejich sociálně-právní problémy. Hledání společné cesty je obtížné a bude trvat ještě dlouho, nicméně nejdůležitější je dostatek ochoty a úsilí, které je věnováno této problematice. Teorie a

⁴ Preslová, I. Ženy a drogy. Praha: Sananim, 2009, s. 12.

praxe totiž ukazují, že za vhodných podmínek se mohou závislí, kteří se léčí stát dobrými rodiči.⁵

Problémem abstinujících matek a jejich partnerů je obecně jejich finanční situace. Možnost pracovat, jako ostatní totiž závisí na jejich schopnosti najít si a udržet zaměstnání a vydělat dostatek finančních prostředků. S drogovou minulostí, která se také někdy pojí s tou kriminální, vystávají problémy. Kdo takového člověka zaměstná? Jaká to bude práce? Jak bude peněžně ohodnocena? Umožní abstinujícímu člověku integraci? A u abstinujících rodičů je situace o to tíživější, vzhledem k tomu, že musí pečovat o dítě a zabezpečit mu jeho potřeby.

Ze zkušeností plynoucích z práce sociální pracovnice orgánu sociálně-právní ochrany dětí je mi známo, že odborná zařízení pracující na léčbě drogových závislostí jsou dlouhodobě přeplněná. Velkým problémem je totiž financování těchto zařízení. Tyto instituce se nemohou spolehnout na platby klientů za poskytované služby. Provoz a poskytování služeb těchto zařízení je podporován dotacemi krajů, obcí a také státními dotacemi, dále příspěvky různých soukromých sponzorů. Některá zařízení se snaží získat peníze i prodejem výrobků, které klienti vytvořili. Ovšem tyto peníze již dnes nestačí pokrýt veškeré formy léčby a pomoci, jako například chráněné bydlení pro abstinující matky s dětmi nebo i pro celé rodiny.

Jak vyplývá z výroční zprávy občanského sdružení Sananim z roku 2010, projekty a samotný provoz jsou hrazeny z 55 % státními dotacemi, 35 % pokrývají dotace krajů či obcí a 10 % je získáváno od soukromých subjektů a prodejem výrobků klientů odborného zařízení.⁶

V ambulantní formě léčby a doléčování klienty umístit dokážeme. Již však nemáme a nemají je ani sami odborná zařízení další možnosti pomoci v průběhu léčby. Do komunitní formy terapie se nedostane každý klient, ani na následnou pomoc ve formě ochranného bydlení se nemohou spolehnout. Tyto zařízení nemají totiž dostatečnou kapacitu. A k navýšení místa a prostor nemají finanční prostředky. Převážná většina matek, které absolvují léčbu, jsou odkázány na své partnery nebo rodinu. Ti totiž musí pro matku a dítě vytvořit podmínky, aby se měli kam navrátit.

⁵ Preslová, I. Ženy a drogy. Praha: Sananim, 2009, s. 11-12.

⁶ Výroční zpráva O. S. Sananim 2010, 1. 7.2011, s. 5.

1.2 Syndrom závislosti

Tato podkapitola popíše ve stručnosti podstatu závislosti, její formy a činitele ovlivňující rozvoj tohoto nežádoucího chování.

Za zmínku stojí fakt, že historie lidstva je protkána užíváním návykových látek. Substance ovlivňující naše vnímání existují odedávna. Byly využívány k náboženským obřadům či jako iniciační akt. V některých kulturách jsou takto využívány dodnes. Podstatou a problémem ovšem je, že jde o chronické onemocnění centrální nervové soustavy.⁷

Syndromem závislosti rozumíme souhrn fyzických a psychických změn vytvořených na základě opakovaného užívání návykových látek. Jedinec cítí silnou potřebu opatřit si drogu, jde o tzv. craving čili bažení, není schopen kontrolovat své užívání, narůstá tolerance vůči droze. To znamená, že je potřeba větší dávka dané látky k navození příjemných pocitů. Pokud dojde ke snížení či vysazení drogy tělo začne vykazovat příznaky abstinčního příznaku. Veškeré aktivity jedince, jako vztahy, sport, studium již nejsou důležité. Vše ovládá návyková látka.

Závislost můžeme rozdělit na fyzickou, která je charakteristická stavem naprostého přizpůsobení těla návykové látce. Při vysazení drogy dochází k abstinčnímu syndromu, což je stav doprovázený bolestí, křečemi, zimnicí, zažívacími obtížemi, pocením. Psychická závislost je typická obrovskou touhou po droze. Jedinec je přesvědčený, že pokud si látku nevezme, bude se cítit špatně, nebude moci existovat, nebude schopen ničeho. Jde o trýznivý duševní stav doprovázený úzkostmi, podrážděností a depresemi.

Nejvíce je ohrožena skupina adolescentů a mladých dospělých, kteří tvoří největší část uživatelů, jak tzv. víkendových nebo denních. Příčiny vzniku závislosti jsou multifaktoriálně podmíněné, jde o sociální, psychické i somatické činitele. Okolní prostředí jedince velmi významně ovlivňuje vznik závislosti. Jde například o pouliční party a aktuální dostupnost drog v daném místě. Dospívající také mohou znát užívání návykových látek ze svého rodinného prostředí. Mohou mít tendenci toto chování opakovat po rodičích, pokládají to za běžné a nespatřují žádná rizika. Jde o transgenerační přenos, který je nebezpečný pro společnost u nežádoucích forem chování. U dospívajících může také jít o konformní chování a jejich snahu začlenit se a patřit k určité vrstvě lidí. Jsou i jedince, kteří touží žít v drogovém opojení. Nezabrání tomu často ani dobré rodinné vztahy a empatické zázemí, školní úspěchy a kamarádi.⁸

⁷ BINDER, T., VAVŘINKOVÁ, B. Návykové látky v těhotenství. Praha: Triton, 2006, s. 11

⁸ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, s. 550-554.

U mladých jedinců je rizikem situace, kdy experimentování s návykovými látkami přejde plynule v chronické onemocnění. Mladiství pak neprojdou psychickými úkoly a krizemi dospívání. Droga jim neumožňuje dospět do odpovědného člověka a splňovat očekávání společnosti. V jejich životě není místo pro plnohodnotný partnerský vztah nebo kariérní růst. Logicky pak tyto osoby nemohou být připraveni a odpovědní za zplození dítěte a jeho výchovu. V krátkém čase si pak musí vybrat, zda být rodiči nebo se vrátit k droze. Tento výběr je pro tyto jedince náročný, lehčí je pro ně uniknout zpět do závislosti.

Pokud jsou však mladí rodiče podporováni a motivováni rodinou a okolím ve svých nových rolích, poprvé za dlouho dobu zažívají respekt, volí cestu léčení a navazují vztah k dítěti a zároveň sami k sobě jako k partnerům.

2 Sanace rodiny

Sanace rodiny je zaměřená na pomoc a podporu rodičům závislým na nealkoholových návykových látkách, kteří jsou motivováni ke změně svého stylu života, léčbě a chtějí se starat a vychovávat své děti. Terapie vedoucí k abstinenci a souběžně probíhající sanace celé rodiny jsou velmi významnými činiteli při začleňování dítěte zpět do rodiny a resocializace rodičů. Takoví rodiče jsou často majoritním společenským systémem a svou osobnostní nezralostí postaveni před jedno z jejich nejtěžších a nejvýznamnějších rozhodnutí, kterým mohou významně ovlivnit budoucnost svých potomků i sebe sama. Velké překážky jim činí právě vlastní osobnostní nevyrovnanost, neznalost sociálního systému, nedůvěra státním institucím a finanční obtíže spojené s jejich situací. Tyto jedince je třeba provázet na jejich nové cestě, učit je překonávat obtíže běžného života bez užívání drog a pomoci jim předcházet snaze uniknout problémům a neschopností si s nimi poradit. Vzhledem k tématu diplomové práce bude věnována pozornost sanaci především s ohledem na cílovou skupinu matek a otců závislých na drogách a jejich dětí.

Název sanace sám o sobě naznačuje, že jde o podpůrnou činnost vedoucí k obnovení všech funkcí rodiny. Pro účinné zapojení rodičů do sanace je nutným jim projevit respekt a uznání, samotné poskytování pomoci a intervence by mělo být zaměřeno na mobilizaci i širší rodiny a komunitních zdrojů. Jde o jednu z nejvíce úspěšných metod sociální práce, která si klade za cíl bezpečný návrat či ponechání dítěte v jeho biologické rodině a jeho zdravý vývoj. Výhodou této metody je, že probíhá v přirozeném prostředí rodiny, individuálně se jí přizpůsobuje a reaguje na aktuální situace. Je také schopna přijímat alternativní formy práce s lidmi. Sanace umožňuje rodičům osobně vychovávat své děti. Dává přednost variantě, kdy děti bezpečně vyrůstají v domácím prostředí s vlastní matkou i otcem před ústavní výchovou či náhradní rodinnou péčí. Cílem sanace rodiny je zaručit dětem prožití dětství ve své biologické rodině, se znalostí své minulosti a blízkých příbuzných.

Sanace je účinným nástrojem sociální práce v situacích, kdy by mohlo dojít nebo již vážně hrozí odebrání dítěte z péče rodičů. Pomáhající pracovníci se zároveň snaží zlepšit celkovou životní situaci rodiny, jak po stránce sociální, ekonomické i emocionální. Tato metoda práce má také jedince naučit schopnost řešit své problémy byť i s podporou sociálních pracovníků státních nebo nevládních organizací. Veškeré cíle práce s rodinou by měly splňovat pravidlo SMART (přejaté z anglického jazyka), S znamená, že cíle musí být určité, konkrétní (Specific), M je měřitelnost výsledků (Measurable), A se dá označit jako

dosažitelnost určených cílů (Achievable), R značí vytyčení realistických cílů (Realistic) a T označuje dosažení časově ohraničených cílů (Time limited).⁹

K odebrání dítěte z rodiny dochází především z důvodu jeho týrání, sexuální zneužívání či zanedbávání, které můžeme hodnotit z více hledisek. Jde především o nedostatečnou péči rodičů o dítě, jak z hlediska fyzického, vzdělávacího a emočního. Týká se to také odpírání zdravotní péči dítěti. Dále mohou rodiče zanedbávat ošacení dítěte nebo mu věnují jen nepatrný dohled, který může vést k úrazům a zraněním. Práce s rodinou se snaží právě těmto rizikům předejít a zabránit. Učí matky a otce správně pečovat o dítě, navázat s dítětem citové pouto, rozvinout rodičovské dovednosti a přijmout za něj i sebe zodpovědnost.

Z právního hlediska zastupuje ohrožené děti i jejich zájmy právě orgán sociálně právní ochrany dětí. Jsou tedy neopominutelným členem multidisciplinárního týmu, který pracuje na sanaci rodiny s dalšími zařízeními. Těmito institucemi jsou především organizace věnující se léčbou a terapií vedoucí k celoživotní abstinenci rodičů, Dětská centra s rodinnou terapií a samozřejmě již zmíněný OSPOD. Dobrá komunikace a kvalitní spolupráce tohoto týmu je jedním z předpokladů dobrého výsledku.

Z profesních zkušeností referenta OSPOD musím konstatovat, že je velmi málo odborných zařízení, které se věnují sanaci a přímou práci s rodinou. V Praze je až příliš velká poptávka a tyto organizace nejsou schopny pokrýt všechny potřebné klienty. Jejich možnosti jsou omezené nedostatkem financí i profesionálních pracovníků. Sanace je dlouhodobá a zároveň finančně i psychicky náročná metoda. Státní zaměstnanci OSPOD nemají prostor k této činnosti vzhledem k jejich profesionální vytíženosti. Stejně jako nevládním zařízením jim chybí odborní pracovníci, někdy i finance na pokrytí všech potřebných rodin s dětmi.

Další důležitou podmínkou sociální práce s drogově závislými rodiči je jejich motivovanost. Ke spolupráci na sanaci je nutné, aby jedinci chtěli změnit svoje chování, učit se novým rolím a byli otevření přijmout nabízenou pomoc. Na počátku jsou většinou přinuceni vzniklými vnějšími okolnostmi, tlakem sociálních pracovníků či rozhodnutím soudu o nařízeném dohledu nad výchovou dětí. Pokud rodiče vnímají tuto metodu jako vměšování a ohrožení jejich života, pravděpodobně nenavážou s pracovníky dobré vztahy. Nebudou mít zájem na nabízené pomoci. Výsledky sanace v těchto situacích neodpovídají opravdovým možnostem rodičů. Nedostaví se adekvátní řešení vhodné pro dítě. Další rozhodnutí je následně ponecháno soudu za předložení všech důkazů.

⁹ PEMOVÁ, T., PTÁČEK, R. Sociálně-právní ochrana dětí v praxi. Praha: Grada, 2012, s. 115.

Tématu sanace rodiny se významně věnují autorky Bechyňová a Konvičková. Uvádějí, že úspěšnou sanaci ovlivňují též rizikové faktory jako je prostředí a aktuální situace rodiny. Mezi tyto činitele můžeme zařadit i stav, kdy rodiče ohrožených dětí byli sami vychováni v ústavním zařízení nebo v dysfunkční rodině, některé z dětí jim již bylo odebráno, dali u některého z dříve narozených dětí souhlas k adopci nebo zneužívali návykové látky. Tito rodiče mívají také zpravidla nízké vzdělání, jsou nezaměstnaní, ale často také nezaměstnatelní, mají dluhy, neumějí hospodařit s penězi, často také plně nedůvěřují sociálním pracovníkům a nevěří státním institucím. Obávají se dalšího neúspěchu a tlaku ze strany společnosti. Znatelný je zde i transgenerační přenos nesprávných modelů chování.¹⁰

Bechyňová a Konvičková upozorňují, že je potřeba věnovat se rodičům i v souvislosti s jejich minulostí, výchovou, dětstvím, ale i dospíváním a jejich aktuálními možnostmi i širší rodinou. Z toho vyplývá, že sociální i genetická zátěž rodičů hraje v jejich závislosti významnou roli, jde o faktor znesnadňující práci a samotný výsledek sanace. Jde o velmi náročnou zátěž, jak pro samotné jedince tak i pro pomáhající pracovníky. Obtížná a dlouhodobá je i léčba tohoto chronického onemocnění. A zde se také ukazuje jak je motivace matky i otce nezbytná a nutná pro úspěch sanace.

2.1 Sociálně-právní ochrana dětí

Sociálně-právní ochrana dětí je základním měřítkem funkční a moderní rodinné politiky, která je součástí sociální politiky. Jde o centrálně řízenou činnost provozovanou na lokální úrovni místně příslušnými orgány sociálně-právní ochrany dětí prostřednictvím sociálních pracovníků. Tato aktivita je garantována státem a za pomoci a organizace státní správy. Jde o centralizovanou činnost, která má zaručit standardní přístup a postup při řešení závažných situací v rodině. Za výkon sociálně-právní ochrany zodpovídá samospráva, která dále vytváří síť odborných i dobrovolnických zařízení a dále se podílí na programech podporujících sociální služby poskytované rodinám. Na starosti má také realizaci programů prevence a opatření na ochranu dětí a podporu rodiny. Součástí tohoto procesu je tedy i komunitní plánování v sociální oblasti. Zde jde především o to, aby služby určené rodinám byly lokálně i finančně dostupné. To je u drogově závislých rodičů, kteří žijí mimo velká města podstatným problémem.

¹⁰ BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ, M. Sanace rodiny. Sociální práce s dysfunkčními rodinami. Praha: Portál, 2008, s. 17-28.

Hlavním principem výkonu orgánu sociálně-právní ochrany dětí je dbát na zájmy a blaho dětí. OSPOD se zaměřuje na děti, kterým rodiče zemřeli, neplní nebo nevyužívají rodičovské povinnosti anebo tyto práva zneužívají. Dále na děti, které jsou svěřeny do péče třetí osoby, vedou nemravný nebo zahálčivý život, opakovaně se dopouští úteků, ohrožují občanské soužití. Eviduje děti, na kterých byl spáchán trestný čin ohrožující jejich zdraví, život, lidskou důstojnost či mravní vývoj, a pečuje o ně. Výčet dětí, kterých se týká sociálně-právní ochrana je dlouhý. Vesměs jde o všechny děti, které jsou určitým způsobem ohrožené na zdraví, vývoji a životě či žádají o azyl.

V České republice se používá především pojem „ohrožené dítě“, jinde ve světě můžeme narazit na pojmy jako „dítě v ohrožení“ („child at risk“), „ohrožené nebo zranitelné dítě“ („vulnerable child“) a britský zákon na ochranu dětí používá výraz „děti v nouzi“ („children in need“). V současné době v naší republice neexistuje jednotný systém hodnocení ohroženého dítěte. Hodnocení vychází z individuálního náhledu a rozhodnutí konkrétních sociálních pracovníků. Z tohoto důvodu je novým trendem ve světě standardizace hodnocení ohroženého dítěte a vytváření individuálního plánu ohroženého dítěte – IPOD.¹¹

Účelem tohoto plánu je společně s rodinou i odborníky stanovit postupy při řešení vzniklé situace, která má negativní dopady na dítě. Individuální plán ohroženého dítěte umožňuje dát rodině i pracovníkům sociálně-právní ochrany přehledný a jasný návod jak postupovat a změnit situaci rodiny. Zároveň také poskytuje měřítko pro hodnocení úspěchů rodiny. Individuální plán ohroženého dítěte je tedy jedním z nástrojů sanace rodiny.

Dítě narozené závislým rodičům může být ohroženo selháním jedné či více funkcí rodiny. Může jít o absenci základních rodičovských dovedností a schopností, nebo také o psychické obtíže rodičů, stejně jako nemožnost fyzicky dítěti poskytnout nezbytnou péči. Důležitým hlediskem je často také nevyhovující sociální prostředí celé rodiny. Toto dítě se ocitá v přímém ohrožení zdraví či života, a to ze strany nejbližších osob. Pomoc tedy musí přijít zvenčí v podobě výkonu sociálně-právní ochrany a sociálních pracovníků.

V situaci, kdy jsou oba rodiče závislí na drogách je dítě v nebezpečí hned z několika důvodů. Prvním rizikem jsou možné negativní dopady na zdravý vývoj nenarozeného dítěte, kdy matka v těhotenství užívá návykové látky. Po porodu je zde riziko opuštění či usmrcení dítěte, například z nedbalosti. Abstinenční syndrom a potřeba získat psychoaktivní látku může být pro závislé rodiče důležitější než starost a péče o dítě. Malé děti jsou tedy ohroženy především na svém zdraví nebo dokonce životě. U školních dětí se mohou projevovat problémy se školní docházkou, chováním, agresivitou a šikanou, úteký od rodičů, lhaní. Tyto

¹¹ PEMOVÁ, T., PTÁČEK, R. „Sociálně-právní ochrana dětí v praxi.“ Praha: Grada, 2012, s. 22-119.

projevy poukazují na neutěšenou rodinnou situaci a jsou důvodem k práci s rodinou. U starších dětí zde přetrvává obava z napodobování sociálně patologických jevů, jako je právě užívání drog, krádeže, loupeže, prostituce a agresivní chování vůči dalším osobám.

Výše uvedené situace vedou k upozornění příslušného orgánu sociálně právní ochrany. Prvním oznamovatelem, který podává zprávu OSPOD o závislosti rodičů a ohroženém dítěti je většinou nemocnice, kam je matka přivezena před porodem. Kontaktován je příslušný OSPOD (zkratka orgánu sociálně právní ochrany dětí) dle místa trvalého bydliště matky a tím i narozeného dítěte. Matce jsou ještě v nemocnici předány kontakty na daný OSPOD, kam se má dostavit a dále také informace o možné léčbě a pomoci. Pokud je dítě po narození pozitivní na přítomnost návykových látek připadá v úvahu podání návrhu soudu k vydání předběžného opatření a svěření dítěte do ústavní výchovy. Důležitými okolnostmi, které dotvářejí situaci matky je také uvedení otce v rodném listě či dalších příbuzných, kteří by se o dítě mohli postarat. Pokud je otec známý musí také kontaktovat příslušný OSPOD, stejně jako matka. Zde by měl prokázat, zda je závislý nebo drogy neužívá. Pokud je z tohoto hlediska otec vhodný, prověřují se jeho podmínky pro péči o dítě. Tedy ubytování, možnost a schopnost o dítě pečovat. Záruku také otci mohou skýtat například prarodiče dítěte, kteří mohou starost o výchovu převzít.

Rodiče jsou v období po narození dítěte seznámeni s jejich možnostmi (někdy tvoří rodinu jen matka a dítě, otec není zapsán v rodném listě dítěte, odmítá sanaci a léčbu, není znám). Varianty řešení tvoří základní osa – spolupráce s odborným zařízením, které poskytuje abstinenčně orientovanou léčbu, dětským centrem a OSPOD. Orgán sociálně-právní ochrany dětí přímou práci s klienty v případě sanace nevykonává. Je spojkou mezi odbornými zařízeními, které na sanaci s rodinou spolupracují, mezi samotnými rodiči a někdy i jejich příbuznými a soudem. U drogově závislých rodičů dochází k sanaci na více úrovních, základní je absolvovaná léčba vedoucí k trvalé abstinenci, dalším cílem je získání rodičovských dovedností, schopnosti pečovat o dítě, najít cit ke svému potomkovi, zajistit jeho zdravý a bezpečný vývoj. Všechny pokroky, snahy rodičů jsou OSPOD monitorovány a shromažďovány. Tento orgán také spolupracuje se všemi institucemi, které jsou v denním kontaktu s rodiči a mohou definovat míru jejich změny životního stylu a resocializace. Na základě výstupních zpráv těchto organizací je OSPOD pověřen k vypracování komplexní zprávy soudu o stavu rodičů a jejich možnostem samostatně pečovat o dítě. Po určitém období, většinou několika měsíců, dochází k případovým konferencím, kde jsou přítomny všechny zúčastněné strany. Výstupem je další postup v případě konkrétní rodiny a dítěte.

Setkání se mohou dle potřeby opakovat, někdy je zapotřebí jedna či dvě. Konečným řešením je pak soudní řízení a pravomocný rozsudek o zrušení ústavní výchovy dítěte a jeho navrácení do péče rodičů nebo ponechání dítěte v ústavní péči. Pokud je dítě svěřeno do péče biologické rodiny zpravidla nad výchovou rodičů stanovuje soudní dohled, který vykonává příslušný OSPOD. Jde o pokračování pravidelného monitoringu rodiny a předcházení možnému ohrožení dítěte. V případě, že rodiče dají předběžný souhlas s osvojením dítěte, může jeho zařazení do registru náhradní rodinné péče proběhnout již po době 6 týdnů. Pokud rodiče nedají souhlas s osvojením a neprojeví o dítě žádný zájem, a to více jak 2 měsíce může soud místo rodičů udělit souhlas s osvojením a zařazením dítěte do výše zmíněného registru náhradní rodinné péče. Za situace, kdy rodiče projeví zájem o dítě během 2 měsíců od narození, soud může po 6 měsících prozkoumat jejich opravdový zájem. Když se prokáže, že nemají opravdový zájem o své dítě, může soud na základě zjištěných faktů udělit za rodiče souhlas k osvojení dítěte.

2.2 Případové konference

Případové konference jsou nástrojem všech odborných zařízení, které spolupracují na sanaci rodiny. Na těchto setkání pomáhajících pracovníků jsou zastoupeny všechny strany, které vstupují do interakce s rodiči. Případové konference se pořádají před začátkem hodnocení rodiny, po jeho ukončení a dále také v průběhu práce s rodinou. V rámci případových konferencí jsou také sociálními pracovníky zpracovávány individuální plány ohrožených dětí pro potřeby sanace rodiny. Diagnostika ohroženého dítěte by měla vycházet z uceleného hodnocení rodiny, současné situace dítěte, ale je nutné také zhodnotit sociální prostředí i širší rodiny. Na těchto odborných setkáních dochází ke zhodnocení dosavadního stavu rodiny, jejích možností, dále ke shrnutí dosavadních postupů organizací a výsledky dosažené rodiči, jejich pokroky či případná selhání. Jednání slouží k vyjasnění současné situace i následujících kroků, rodičům jsou zopakovány podmínky, za kterých může dojít k jejich osobní péči o dítě. Koordinujícím a řídícím členem zpravidla bývá pracovník sociálně-právní ochrany dětí. Toto jeho postavení je dáno zákonem, jelikož tento orgán zastupuje dítě ve všech záležitostech, které se dotýkají jeho práv či povinností. Členy případových konferencí tedy bývá příslušný sociální pracovník OSPOD, garant matky i otce a sociální pracovník odborného zařízení léčby závislostí, sociální pracovník Dětského centra a rodiče dítěte. Konference jsou pořádány vždy na půdě jedné ze zúčastněných institucí, dle potřeby a aktuální situace a stavu rodiny.

Podmínkou pro konečný rozsudek soudu, který rozhoduje o svěření dítěte do péče biologické rodiny v případě drogově závislých rodičů je především zajištění vhodného bydlení, finanční zázemí, abstinence a úspěšné ukončení léčby, jak ještě bude zmíněno v podkapitole 2.4 Ambulantní terapie.

2.3 Individuální plán ohroženého dítěte

Individuální plán ohroženého dítěte pracuje na aktivním zapojení rodičů i celé rodiny do procesu řešení vzniklé situace a nastalých negativních důsledků pro dítě. Klade si za cíl prohloubit vztah konkrétních sociálních pracovníků a rodiny, ale také dalších odborných organizací podílejících se na řešení problémových situací. Plán má zároveň rodičům usnadnit uskutečňování vytyčených cílů. Výhodou individuálního plánu ohroženého dítěte je, že určuje jednotlivým zapojeným odborným institucím jejich povinnosti a možnosti spolupráce s rodinou v souladu s požadovanými změnami a schopnostmi samotných rodičů.

Principy individuálního plánu ohroženého dítěte a jeho realizací se zabývá také Pemová a Ptáček, kteří uvádějí: *„Intervenční služby musí vycházet z následujících teoretických východisek: povinnost zajistit péči a ochranu dětí je primárně na jejich rodinách, rodiny samy o sobě jsou nejkompetentnější v rozhodování o své budoucnosti, děti mají právo na bezpečí, péči a život ve své rodině a jejich hlas při rozhodování musí být slyšen, bezpečnost dětí je nejúčinněji zajištěna, když využijeme nejsilnějších stránek rodiny a komunity, dlouhodobá ochrana a prosperita dětí je zajištěna jen prostřednictvím úzké spolupráce rodiny, komunity a veřejných služeb.“*¹²

Základem práce s rodinou a zpracováním individuálního plánu ohroženého dítěte je rozvaha nad aktuální bezpečností dítěte, kterou má zajišťovat především jeho rodina, dále také nad možnostmi rodičů pečovat o své potomky, nad sociálním prostředím rodiny a komunitou, ve které rodina žije. Důležité je také vyslechnout dítě dle jeho rozumových schopností a pokud je to možné přizpůsobit tento plán a řešení přímo konkrétnímu cíli rodiny.

Individuální plán ohroženého dítěte zahrnuje také stanovení bezpečnostního plánu dítěte, tedy stanovení podmínek žádoucího chování rodičů, které musí restriktivně dodržovat. Dále je nutné určit, jakým způsobem budou minimalizovány důsledky předchozího negativního chování rodičů. Následuje určení měřitelných výsledků a konkrétního postupu při sanaci rodiny. Pokud je dítě umístěno v ústavním zařízení či v náhradní rodinné péči, měl by

¹² PEMOVÁ, T., PTÁČEK, R. Sociálně-právní ochrana dětí v praxi. Praha: Grada, 2012, s. 110-111.

být zároveň vytvořen plán postupu, který předpokládá, že sanace rodiny nebude úspěšná a dítě se bude muset dlouhodobě umístit mimo původní rodinu. Předpokládá se, že by tento alternativní plán měl obsahovat i možný způsob kontaktu dítěte s biologickými rodiči či širší rodinou.

Rodiče by měli být průběžně informováni o hodnocení jejich spolupráce i úspěchů v osvojování žádoucího chování, veškeré služby by rodině měly být poskytovány profesionálně a měly by být dostupné. Zároveň je nutné rodiče seznámit s možnými důsledky vyplývající z jejich nespolupráce.

2.4 Možné formy sanace

Každý člověk je ojedinělý. Stejně tak i systém rodiny je jedinečný. Služby poskytované rodinám a podílející se na sanaci mohou probíhat na několika úrovních. Může jít o služby terénní, kdy jde především o terénní sociální služby, raná péče, home-visiting, aktivizační služby pro rodiny a také home care. Rodina může také využívat služeb ambulantních, kam by pravidelně docházeli s dítětem nebo za účelem řešení vlastních obtíží. Jde o spolupráci s poradenskými zařízeními, denními centry a stacionáři, ale také s komunitními středisky. Posledním typem jsou rezidentní služby, které nabízejí azylové ubytování, abstinenčně orientovanou léčbu v terapeutických komunitách, tzv. domy na půl cesty a také institucionální služby, kdy se u dětí jedná o ústavní či ochrannou výchovu. Některé druhy řešení problémů mohou některým činit větší potíže než jiným. Někdy je potřeba přistoupit na jednu z variant překonání obtíží, která se nemusí zdát být nejlepším řešením, ale v danou chvíli nejvhodnější nebo také jediná. Tato situace nastává, pokud rodiče nejsou schopni ihned přestat užívat drogy. Jsou závislí již řadu let a jejich tělo si na přítomnost psychotropní látky navyklo. Nebo si nemohou dovolit nastoupit na terapii vzhledem k nutnosti zajistit peníze na bydlení, jídlo a na potřeby dětí. K alternativní formě sanace a léčbě dochází také u žen užívajících heroin již v době jejich těhotenství, a to za pomoci substituce. Následujícím krokem může být terapeutická komunita, která po dobu jednoho roku klienta provází, učí ho novým dovednostem, rozvíjí jeho osobnostní potenciál, a napomáhá při vstupu do života majoritní společnosti. Další variantou je ambulantní forma terapie. Jde o časově kratší léčbu koncipovanou na udržení abstinence a zvýšení kvality života klientů. Pozornost je třeba věnovat nejen rodičům závislým na drogách, ale i jejich dětem. Děti narozené do rodiny s drogovou historií mohou již v raném věku vykazovat známky

hyperaktivity, v pozdějším věku mohou tyto projevy narůst až do problémového jednání či poruch chování. Vhodným řešením může být rodinná terapie.

Substituční terapie

Substituční terapie znamená, že závislí lidé sice nadále užívají určitou látku nahrazující drogu, ale jsou pod lékařským dozorem, dostávají kontrolované dávky udržující je ve střízlivém stavu. Mohou začít fungovat běžným životem společnosti. Jsou schopni obnovit či navázat kvalitní mezilidské vztahy, vychovávat své děti, i když pod určitým dohledem, najít zaměstnání a zajistit vhodné ubytování.

Při substituční léčbě, jde o to, že při ní nedochází k abstinčním příznakům. Uživatel již není omezen obstaráváním peněz na koupi drog. U těhotných žen mají substituční látky daleko menší dopady na plod než například heroin, pervitin či kokain. Dítě se sice rodí závislé, ale s mírnějšími následky. Tato léčba také umožňuje sledovat sociální stav jedinců, těhotenství žen a při porušení terapie okamžité zásáhnout a přerušit pomoci. Náhražkové preparáty mohou poskytovat pouze specializovaná zařízení akreditovaná pro substituční programy. Tato forma léčby je využívána dlouhodobě, závislého jedince stabilizuje natolik, že je schopný fungovat v majoritní společnosti bez větších obtíží. Umožňuje mu také pokusit se nově o celkovou léčbu závislosti.

Binder a Vavřínková vysvětlují tento speciální program následujícími slovy: „*Substituční terapie je časově neomezená udržovací léčba, která odkládá trvalou abstinenci na dobu, kdy bude pacient schopen abstinčně-orientovanou léčbu podstoupit. Nástrojem této léčby je podávání substituční látky jiným než nitrožilním způsobem, a to v množstvích, která efektivně potlačují abstinční příznaky a umožňují zlepšit kvalitu jeho života.*“¹³

K substituční terapii se využívá látek Metadon a Subutex (Buprenorfin). Program Metadonové substituční terapie byl v České republice zahájen dne 28.7.1997. Metadon je látka rozpustná ve vodě, brání vzniku abstinčního syndromu, narozdíl od heroínu nenavozuje euforické stavy a zároveň blokuje touhu po droze. Doporučuje se těhotným ženám, které jsou závislé na látkách opioidového typu. A to v případech, kdy není možná šetrná detoxikace a abstinčně-orientovaná léčba. Napomáhá ke snížení rizikového chování, kriminálního chování a umožňuje zlepšit celkově vztahy v rodině a společnosti.¹⁴

¹³ BINDER, T., VAVŘÍNKOVÁ, B. Návykové látky v těhotenství. Praha: Triton, 2006, s. 62.

¹⁴ Tamtéž, s. 62-64.

Subutex se podává v kapalné formě většinou jednou denně, dle potřeby uživatele. Vzhledem k tomu, že výdej této látky je kontrolován, může toho být využito při kontrole gravidních matek či obou rodičů.

Subutex se řadí do opiových látek, svými účinky je podobný morfinu. Způsobuje především to, že intenzita abstinčních příznaků není tak silná. Není ovšem hrazen zdravotní pojišťovnou a uživatel si ho musí hradit sám. Navazuje se na opioidní receptory a blokuje jiné, při použití této látky a heroinu tak může dojít k silným odvykacím příznakům. Užívá se jednou denně až jednou za dva dny.¹⁵

Již bylo zmíněno, že závislé gravidní ženy by neměly vysadit drogu vzhledem ke zdravotním rizikům plynoucím pro plod. Substituční terapie jim návykovou látku nahradí, sníží zdravotní obtíže spojené s užíváním drog a umožní jim rozhodnout se pro další krok abstinčně-orientované léčby i rodičovství.

Terapeutické komunity

Rozšíření služeb pro závislé matky a těhotné ženy spadá do devadesátých let minulého století. Musel se změnit přístup terapeutů a samotného cíle terapie z jednotlivce na celou rodinu, tedy matku, otce a dítě. Samotné prostředí těchto odborných zařízení bylo nezbytné přizpůsobit cílové skupině. Dále bylo nutné změnit i přístup k dynamice skupiny, kde jsou děti dalším faktorem ovlivňujícím chování klientek. Zřetel se začal klást především na posílení vztahu matky s dítětem, přijetí role matky a rodičovské zodpovědnosti, pomoci rozvinout dovednosti v oblasti péče a výchovy dítěte, schopnost zajistit vhodné prostředí pro zdravý a bezpečný vývoj jedince a zároveň motivovat klientky k abstinenci a dodržování terapeutických postupů. Cílové skupině se musel přizpůsobit i personál těchto komunit, protože práce s matkami a jejich dětmi vyžaduje určité speciální znalosti, ale i osobní zkušenosti s rodičovstvím.

Za výhodu se považuje, když do terapeutické komunity nastupuje žena před porodem. Sanaci lze zahájit již před narozením dítěte, matka má poměrně dost času se adaptovat, zajistit nutné náležitosti k péči o dítě, spolupracovat s příslušnými orgány OSPOD a zařídit finanční pomoc od státu formou dávek a příspěvků.

Komunita dává možnost ženám s dítětem změnit styl života a osobnostně dozrát, získat sebevědomí a také zdravé sociální návyky. Zároveň je zde věnovaná péče dětem a

¹⁵ BINDER, T., VAVŘINKOVÁ, B. Návykové látky v těhotenství. Praha: Triton, 2006, s. 65.

jejich speciálním potřebám, k dispozici jsou zde lékaři i psychologové, terapeuti rozvíjí schopnosti a dovednosti matek pečovat o své děti. To probíhá formou odborného nácviku.

Základem změny a resocializace je motivace matky, její otevřenost k přijetí pomoci, spolupráce s odbornými zařízeními a vlastní aktivita. V současné době v České republice nabízí tuto formu abstinenčně orientované léčby terapeutická komunita Sananim – Karlov. Před přijetím do tohoto zařízení je nutné, aby matky byly v kontaktu a spolupracovali s denním stacionářem Sananim.

Hlavním cílem terapeutické komunity je abstinence, v rámci nového životního stylu dosažení specifických úkolů a socializace. U těhotných závislých žen a matek jsou specifickými úkoly právě navázání citového vztahu k dítěti, přijetí rodičovské role a především zodpovědnosti za život svůj i dítěte. Matky se zde učí novým podstatným schopnostem a dovednostem, aby byly schopny obstát ve společnosti a zároveň tyto získané schopnosti předat i svým dětem.

Ambulantní terapie

Ambulantní terapie je dalším typem sanace, kterou rodiče mohou podstoupit v odborných zařízeních pro léčbu drogové závislosti. Tato forma je z hlediska času velmi náročná a za cíl si klade úplnou abstinenci člověka. Jedná se o téměř celodenní a každodenní setkání klientů s jejich terapeuty a garanty, zároveň po tuto dobu však musí docházet k postupnému řešení situace vzniklé těhotenstvím nebo porodem závislé matky. Klienti se dozvídají vše o následcích užívání drog, mají šanci sdělit ostatním své pocity a přání, zjišťují příčiny své závislosti a cesty jak se droze bránit. Odborná zařízení mají často k dispozici sociálního pracovníka, který uživatelům pomáhá při kontaktech s úřady. Sanuje tak i chybějící sociální dovednosti klienta. Může ho doprovázet a radit při vyřizování občanského průkazu, splátek na zdravotním pojištění, podporovat ho při jednáních s orgánem sociálně právní ochrany dětí. Dále také zprostředkovává a spolupracuje s touto institucí, předává ji zprávy o probíhající léčbě, pokrocích či nezdarech klienta. Ambulantní terapie trvá obvykle 3 – 6 měsíce s možností prodloužení. Partneři ji ovšem nemohou podstupovat souběžně, pouze jednotlivě. Není zde zaručeno ubytování. Této varianty využívají především matky s novorozenci, které nechtějí na delší dobu ztratit kontakt s partnerem. Pokud se jedná o motivovanou a spolupracující matku je jí nabídnuta možnost ubytování v Dětském centru s dítětem. Je tak průběžně sledována její péče o dítě a zároveň se této péči má možnost učit od zdravotnického personálu. Po ukončení ambulantní léčby musí rodiče prokázat svou

odpovědnost, finanční zajištění, ubytování a abstinenční výsledky. O svěření dítěte zpět do jejich péče pak rozhoduje soud, který čerpá z materiálů orgánu sociálně právní ochrany daného dítěte, zpráv terapeuta a také Dětského centra s rodinnou terapií.

Rodinná terapie

Rodinná terapie je forma pomoci, která je určená a zaměřená na všechny členy rodiny. Napomáhá zvládat roli rodiče, vychovatele a podporuje rodičovskou zodpovědnost. Učí jak správně pečovat o děti a ukazuje vhodné postupy při jejich výchově. Je poměrně častým jevem, že závislé matky neví, jak se správně postarat o dítě, jakým způsobem ho vychovávat, jak chápat projevy jeho potřeb a jak se s ním například učit. V případě této formy terapie má možnost získat náhled na jednání svého dítěte, partnera i sebe. V případě nezdaru se může obrátit na odborníka nebo jí může být specialista doporučen. Veškerá spolupráce rodiny s terapeutem pomáhá předcházet vznikům poruch chování u dětí těchto rodičů, ale také konfliktům uvnitř rodiny, vytváří zdravé prostředí pro rozvoj dítěte a umožňuje jemu i rodičům osobnostně růst a přijmout svou rodičovskou roli. Genetická zátěž dítěte zděděná po rodičích zaujímá významné místo v přenosu problematického chování, ovšem prostředí a rodinná atmosféra, ve kterém dítě vyrůstá, jsou ovlivňujícím faktorem pro rozvoj patologického chování. Sanaci a péči nepotřebují jen děti, ale i jejich rodiče. Důležité je, že rodinná terapie se zaměřuje na práci a komunikaci s celou rodinou, ale zabývá se i rodinnou minulostí rodičů a jejich rodin. Jde o léčbu jak dětských tak i dospělých klientů. Rodinná terapie se často využívá u dětí a mladistvých s psychosomatickými obtížemi a poruchami chování. Tyto projevy mohou souviset právě s drogovou závislostí rodičů či s jejich drogovou minulostí.

3 Specifika drogové závislosti žen

Závislost žen má mnoho specifických rysů odlišujících je od mužských uživatelů návykových látek. Nejviditelnějším faktorem je mateřství, není ale jediným. Odlišují je také příčiny vzniku závislosti a její samotný průběh. Uživatelky také významným způsobem ovlivňuje prožité násilné či sexuální chování a prostituce, tedy faktory sociální.

Za podstatu této zvláštnosti je pokládán fenomén „dvojitá deviace“. Závislou ženu společnosti vnímá jako dvojího devianta, protože užívává drogy a zároveň je zklamaná ze své ženské role. A především těhotné a mladé ženy jsou nejvíce vystavovány společenskému odsouzení. Tyto ženy jsou pod velkým nátlakem, který jim brání kontaktovat odborná zařízení či státní instituce. Ke specifickým faktorům jejich závislosti patří i větší obtíže s duševním zdravím, depresi a úzkostmi, posttraumatická stresová porucha, poruchy příjmu potravy, ale také sociální znevýhodnění – základní vzdělání, neschopnost najít či udržet zaměstnání a finanční problémy.¹⁶

Preslová uvádí, že v anamnézách žen podstupujících léčbu je poměrně často uváděn faktor právě sexuálního zneužívání. K tomuto poznání ovšem terapeut pracující s klientkou dochází postupně v průběhu terapie, nejčastěji ale v konečné fázi či v doléčovací formě. Ženy si často sami uvědomí, že s nimi bylo násilně zacházeno až v průběhu terapeutických sezení. Před léčbou nejsou schopné toto chování určit jako nežádoucí. Preslová to označuje za typický rys ženské závislosti. K sexuálnímu násilí nedochází jen v jejich dětství či dospívání, ale také se ve velké míře vyskytuje na drogové scéně. Závislé ženy mají často negativní vztah ke svému tělu, malé sebevědomí, nejsou schopné navazovat běžné společenské styky, nejsou si jisté ve své ženské roli a nemají ujasněné vztahy s druhým pohlavím. Nejsou schopny utvořit a udržet kvalitní partnerský vztah, často nemohou najít ani citové pouto k dítěti a přijmout roli matky. Vyrůstaly v rodině s výraznou a dominantní mužskou osobností. Byly jí manipulovány, někdy také zneužívány nebo týrány. Tyto ženy velmi často podlehnou tlaku svého nynějšího partnera, pokračují s ním v užívání drog a o dítě neprojeví větší zájem. I když jsou na počátku samostatné a žijí s někým jen proto, že se jich ujal, později už nejsou schopny odejít. Jejich emancipace se vytratila a jsou pod nadvládou mužů.¹⁷

K tomuto faktu dospěli i Csémy a Nešpor. Uvádějí, že alkoholičky nebo narkomanky spojuje vznik závislosti s životní událostí, která pro ně byla velmi stresující. Týká se to

¹⁶ VOBOŘIL, J. Gender – ženy jako specifická skupina. In: KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 127-129.

¹⁷ PRESLOVÁ, I. Ženy a drogy. Praha: Sananim, 2009, s. 12-13.

žen, které jsou ovlivněny sexuálním násilím či sexuálním zneužíváním. Ženy ve většině případů začnou zneužívat návykové látky v soužití s mužem, který je experimentátorem či dlouhodobým uživatelem. Nejčastějšími příčinami k zahájení léčby u žen jsou na rozdíl od mužů rodinné a zdravotní obtíže.¹⁸

Skutečnost, že závislé ženy jsou manipulovatelné, významně ovlivňuje také léčebný proces. Jejich partneři nemají motivaci k léčbě. Na rozdíl od žen, které se mají stát nebo již se staly matkami. Ony mají v průběhu těhotenství možnost a čas získat k nenarozenému dítěti citový vztah. Muži vnímají, že léčba nutně vede k abstinenci a opuštění drogové kultury a i k jejich zavrnutí. Tento fakt významně ovlivňuje úspěšnost dokončené terapie a možnosti převzít dítě do péče.

Hanzal uvádí, že poměrně velká část žen odcházejících předčasně z léčebného programu se velmi brzy dopustily relapsu. Pokud se zkontaktují s odborným zařízením zaměřeným na terapii, měl by být tento jejich krok vnímán jako pozitivní posun. Důvody vedoucí matku k užití drogy jsou především pocit vyčerpanosti, pocitu bezmoci a strachu, že se o dítě nedokáže dobře postarat. Relaps matky přiznají, pokud mají pocit, že nebudou obviňovány a jejich čin bude přijímán jako holý fakt. Je to důkaz jejich nové odpovědnosti, nebo jejího růstu. Je to také krok, který vede k trvalé abstinenci. Ženy, matky závislé na drogách potřebují pocit podpory a přijetí jejich osoby, stejně jako pomoc v roli matky. Při dokončení doléčovacího programu, podpory okolí a následné sanace může dojít k podnětnému a kvalitnímu rodinnému zázemí pro dítě, nad jehož výchovou je ovšem stále stanovený dohled příslušné státní instituce.¹⁹

Z profesionálních zkušeností si dovoluji tvrdit, že i mužští uživatelé jsou nuceni si vybrat, a to mezi drogovou scénou a svou partnerkou s dítětem. V průběhu terapie se abstinující matka znovu emancipuje a uvědomuje si, že si i ona bude muset zvolit mezi partnerem závislým na drogách a dítětem. Je srozuměna s tím, že pokud zůstane otec jejího dítěte nadále narkomanem, nemůže s ním vychovávat dítě. A to z důvodů existencionálních i právních. Pokud je vztah rodičů dostatečně silný a muž nechce přijít o svou partnerku a potomka, sám musí podstoupit léčbu nebo průběžně prokazovat svou abstinenci.

Z pohledu sociálně právní ochrany dětí je to jediné možné řešení. Pokud je jeden z rodičů stále závislým na drogách nemůže být dítě svěřeno do společné péče. Dítě může být svěřené pouze do péče abstinujícího rodiče, v převážné většině se jedná o matku, a to za situace, kdy jsou vytvořeny vhodné podmínky pro výchovu.

¹⁸ CSÉMY, L., NEŠPOR, K. Léčba a prevence závislostí. Praha: Psychiatrické centrum, 1996, s. 153

¹⁹ HANZAL, P. Po porodu neberu. In: PRESLOVÁ, I. Ženy a drogy. Praha: Sananim, 2009, s. 23-30.

Dalším specifickým rysem ženské závislosti je jejich stáří. Binder a Vavřínková uvádějí, že těhotné ženy užívající pervitin a heroin jsou většinou velmi mladé. Průměrný věk těhotných uživatelů pervitinu je 22,7 let, u heroin je to 23 let. Dále poukazují na fakt, že 85 % žen užívajících pervitin je nezaměstnaných, u žen závislých na heroinu je to 100 %. Zajímavým faktem je, že narkomanky v průměru otěhotní až po více než třech letech abúzu. Dle Bindery a Vavřínkové jde o 3,3 roky u žen závislých na pervitinu a 3,7 let na heroinu. Nejdelší zaznamenaný abúzus u žen byl 10 let.²⁰

²⁰ BINDER, T., VAVŘÍNKOVÁ, B. Návykové látky v těhotenství. Praha: Triton, 2006, s. 29-30.

4 Důsledky užívání drog v těhotenství na dítě

Sledování zdravotního stavu dítěte je důležitou součástí sanace rodiny. Ovlivňuje to možnosti abstinence matky a její léčby. Jde o neopominutelný fakt, že náhlé snížení či vynechání návykové látky může plodu způsobit nenapravitelné škody nebo dokonce potrat. U novorozenců pak hrozí vážné somatické nebo mentální poškození.

Kapitola se zaměří na skutečnost, že v dnešní době roste počet těhotných žen závislých na návykových látkách. S tímto životním stylem jsou spojené další patologické jevy, které zároveň ovlivňují i zdravotní stav jedinců a jejich potomků. Prostor bude věnován i přístupu personálu nemocnic, který se jako první s těhotnými narkomankami setkává. Jejich chování může být prvním impulsem k získání motivace a předání kontaktů na příslušná odborná zařízení zabývající se léčbou drogové závislosti.

V kapitole budou popsány projevy abstinenčního syndromu novorozenců, ale také další obtíže, které mohou potkat potomky závislých rodičů.

Drtilová a Koukolík se k těmto následkům vyjadřují takto: „V současnosti roste počet novorozených dětí matek, které v průběhu těhotenství užívaly heroin, kokain a další drogy. Americká pediatriká společnost již v roce 1995 uvedla, že ve Spojených státech je vystaveno vlivu nějaké nezákonné drogy přibližně 1 dítě z 10 narozených. Často je vystaveno vlivu většího počtu drog současně. Na rozdíl od vlivu alkoholu na nenarozené děti je problematika jejich ovlivnění drogami zatím známa méně. Například pro užití kokainu těhotnou ženou v době přecházející porodu bývají typická ložiska odúmrti tkáně v mozku dětí. Novorozené dítě matky závislé na opiátech je na nich rovněž závislé, což se může životu nebezpečným způsobem projevit i několik dní po porodu. Matky, které v průběhu těhotenství kouří marihuanu, ohrožují své nenarozené děti tím, že ve věku 4 let budou opožděné ve vývoji paměti a řeči.“²¹

Životní styl narkomanek způsobuje, že většinou nevyhledávají lékařské ošetření pro sebe ani pro své nenarozené dítě. Časté je, že matka vyhledá lékaře až v době porodu. Pokud vyhledá poradnu pro těhotné, spolupráce z její strany není většinou na dobré úrovni. Je to způsobeno tím, že matky většinou nepřestávají brát i vysoké dávky drogy nebo se nesnaží užívání návykové látky postupně snižovat. Každá nastávající závislá matka by měla být pod zvýšeným lékařským dohledem, protože způsob jejich života přináší zvýšené riziko potratu, předčasného porodu a u prostituujících se také záněty porodních cest, dále anémii,

²¹ DRTILOVÁ, KOUKOLÍK. Vzpoura deprivantů. Nestvůry, nástroje, obrana. Praha: Galén, 2008, s. 227-228.

endokarditis, což je infekčnímu onemocnění srdce, kdy jsou přítomny bakterie v krvi, hepatitidy všech typů, HIV a také sexuálně přenosné nemoci. Zdravotní stav matky výrazně ovlivňuje plod a jeho růst. Protože návykové látky prostupují krví přes placentu někdy i ve vyšší koncentraci, dítě se stává stejně jako matka závislé.

Binder a Vavřínková z tohoto důvodu doporučují, aby dávka drogy dosáhla stabilních hodnot a tím se snížila i pravděpodobnost vzniku fetálních abstinčních příznaků.²²

Motivovaná gravidní uživatelka drog nemůže ve všech případech přestat užívat návykovou látku ihned. Riziko poškození plodu díky odvykacímu syndromu je velké. Existuje ovšem řešení ve formě substituční léčby. Tyto matky drogu vymění za metadon. Protože je podávání této látky přísně kontrolováno, nemůže dojít k jejímu nadužívání, vydává se jednou denně a tím umožňuje monitorovat matku a průběh jejího těhotenství. Výhoda užívání metadonu pro nenarozené dítě je ve vyšší porodní hmotnost a snížená možnost retardace růstu.

Kvůli všem těmto hlediskům je důležité pravidelné sledování plodu. Dodržováno je to po celou dobu léčby a abstinence, protože i náhlé výkyvy návykové látky v krvi mohou nenarozené dítě ohrozit, stejně jako předávkování a užívání drog současně tzv. polytoximanie.

Trávníčková se vyjadřuje následujícím textem k faktorům ovlivňujícím stav závislého novorozence: „*Poměrně rychlý nástup zneužívání drog mezi ženami způsobil, že na novorozenecká oddělení jsou přijímáni novorozenci, kteří jsou v průběhu děložního života vystaveni prostřednictvím svých matek přímému účinku návykových látek. Lékaři upozorňují, že krátce po narození přestává dodávka drogy od matky a u novorozence se může začít projevovat abstinční syndrom. Mimo druhu drogy, na kterém je matka závislá, závisí výskyt a závažnost abstinčního syndromu u novorozence na čtyřech faktorech: dávce drogy užívané matkou, časovém intervalu od poslední dávky, době trvání drogové závislosti a gestačního věku dítěte (tj. stáří plodu v děloze - udává se obvykle v týdnech).*“²³

Ve chvíli, kdy žena porodí a je zjištěna přítomnost návykových látek v krvi matky a dítěte, ztrácí právo na soukromí. Postup porodnického oddělení a nemocnice je takový, že kontaktují příslušný orgán sociálně právní ochrany dětí dle trvalého bydliště matky.

Zdravotnické zařízení dočasně přebírá odpovědnost za narozené dítě. Zájemem těchto pracovníků je ochrana dítěte a jeho zdravý vývoj. Zdravotnický personál pečuje o matku i novorozence bez despektu. Sociální pracovník nemocnice matku informuje o budoucím

²² BINDER.T., VAVŘINOVÁ, B. Návykové látky v těhotenství. Praha: Triton, 2006, s. 64.

²³ TRÁVNÍČKOVÁ, I. Specifické aspekty zneužívání drog u žen. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2001, s. 36.

postupu OSPOD a předá ji na něj kontakty, stejně tak se snaží matku motivovat a předá jí informace o odborných zařízeních specializujících se na léčbu drogové závislosti.

Vzhledem k tomu, že matky závislé na drogách nemají často vytvořené vhodné domácí prostředí pro péči o dítě a jejich dosavadní život neskýtá žádné záruky, je dítě povětšinou primárně svěřeno do péče určitého Dětského centra (dříve známé jako Kojenecký ústav). Vývoj dalšího osudu dítěte je ponechán na rozhodnutí rodičů. Buď o dítě neprojeví zájem, odmítnou léčbu nebo se zapojí do abstinenčně-orientované terapie a vybudují pro dítě vhodné rodinné zázemí za podpory a sanace orgánu sociálně právní ochrany dětí, Dětského centra a odborné instituce nabízející léčbu.

Trávníčková uvádí, že: „*Důsledkem zdravotních potíží novorozence je nutná léčebná péče (někdy i na specializovaných odděleních) a tím je prodloužen pobyt v nemocnici. Hospitalizaci často prodlužuje i problematický kontakt s matkou a nejasná situace okolo odchodu dítěte z nemocnice. Zájem o drogu nezřídka převyšuje zájem o dítě.*“²⁴

Pro pracovníky porodnického oddělení je důležitý vstřícný přístup k matce, snaha o dobrou komunikaci a neodsuzování rizikového chování a umožnění sociální pomoci. Tímto přístupem mohou lékaři, sestry a sociální pracovníci nemocnice motivovat matku ke změně stylu života, léčbě a péči o dítě. Mají také více prostoru pro prvotní jednání s matkou a její motivaci. Děti závislých matek trpí často abstinenčním syndromem a objevují se u nich různé zdravotní obtíže. Pobyt matky a dítěte v porodnici je tedy většinou delší, než je tomu u běžných matek. Vzniká zde čas a prostor pro zkontaktování příslušného OSPODu a komunikaci s matkou a popřípadě také s otcem.

Čihař uvádí právní problém zdravotnického personálu. Tímto problémem je umožnit matce vzít drogu v nemocničním zařízení. Otázka konzumace návykové látky je velice složitá. Možný pozitivní efekt je doba, kterou matka může strávit u dítěte a vytvořit si tak na něj vazbu, která povede ke změně životního stylu, abstinenci a možnosti pečovat o dítě bez dozoru.²⁵

Velice vstřícné k matkám uživatelkám je pražské Dětské centrum Thomayerovy nemocnice, které společně s občanskou společností Sananim umožňuje matkám v abstinenčně-orientovaném programu pobývat s dítětem v jejich zařízení. A to po dobu této ambulantní léčby, jež trvá od 3 až do 6 měsíců s možností prodloužení. Podmínkou pobytu

²⁴ TRÁVNÍČKOVÁ, I. Specifické aspekty zneužívání drog u žen. Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2001, s. 39

²⁵ ČIHAŘ, M. Ženy a drogy. Praha: Sananim, 2009, s. 52

matky s dítětem jsou abstinence, léčba a dobrá spolupráce s Dětským centrem a orgánem sociálně právní ochrany dítěte.

4.1 Projevy abstinenčního syndromu u novorozenců

V průběhu těhotenství jsou děti matek užívajících drogy přímo vystaveni účinku návykových látek. Krátce po narození ztrácí kontakt s drogou a může se u něj projevit abstinenční syndrom.

Abstinenční syndrom se také nazývá anglickou zkratkou NAS (neonatal narcotic abstinence syndrome) a způsobují ho psychotropní látky zahrnující opiáty, opiody, kokain, amfetaminy a metanfetaminy, alkohol, toluen a také nikotin. Tento syndrom se projevuje v centrálním nervovém systému, a to zvýšenou dráždivostí, nespavostí, pláčem, kýcháním, zíváním, třesem končetin, vyšším svalovým napětím (hypertonus), křečemi a nadměrným sáním. Novorozenec také trpí poruchami zažívacího traktu, kdy zvrací, obvyklé jsou i problémy s pitím, převažuje vodnatá stolice a dítě je dehydratované. Abstinenční syndrom se projevuje také v oblasti autonomního systému, kdy se jedinec nadměrně potí, mění se mu často teplota, má horečku, plný nos a má zrychlené dýchání (tachypnoe).

Vavřínková a Binder popisují v publikaci důsledky plynoucí z užívání drog v těhotenství na novorozence. První oblastí, kde se abstinenční syndrom objevuje je centrální nervová soustava, zde dochází k výrazné dráždivosti, která vede až ke generalizovaným křečím, zvýšenému napětí svalstva, nadměrnému zívání, kýchání, neklidu, třesu a nekoordinovaným pohybům úst a očí. Novorozenci velmi často křičí a jejich období spánku jsou velmi krátká. V gastrointestinálním traktu dochází k poruchám koordinace sání a také polykání, objevuje se vyšší výskyt průjmů a zvracení novorozenců. V respiračním traktu dochází k sekreci a ucpaní nosu dítěte, je přítomno zrychlené dýchání, intermitentní cyanóza (špatné prokrvení), zatahování, apnoické pauzy v dechu a pneumonie (zápal plic). U vegetativního nervového systému se abstinenční syndrom projevuje vysokými teplotami, tachykardií (zvýšená tepová frekvence), pocením a poruchami prokrvení kůže.²⁶

Míra obtíží a začátek příznaků abstinenčního syndromu závisí na droze, dávce a uplynulé době od posledního užití, celkové době abúzu návykové látky a stářím plodu.

Nešpor a Scheansová popisují možná rizika závislosti na psychoaktivních látkách v těhotenství. U drog vyrobených z konopí hrozí dítěti nízká porodní váha, může se objevit odvykací stav. V kombinaci s alkoholem zvyšují zranitelnost mozku ve vývinu. Sedativa

²⁶ BINDER, T., VAVŘÍNKOVÁ, B. „Návykové látky v těhotenství. Praha: Triton, 2006, s. 69-73.

způsobují těžký odvykací stav nebezpečný pro matku i dítě. Léčba spočívá v postupném snižování tlumících léků, hrozí zde riziko malformací, např. rozštěpu patra nebo jiných vrozených vad. U halucinogenů dochází k možným poškozením plodu, také k dlouhodobým změnám jako je třeba hyperaktivita, poruchy učení a paměti. Opiody jsou rizikové především kvůli andokarditidě, žloutence, anémii, odtržení placenty a nižší porodní váhy novorozence. Je pravděpodobné, že dítě po narození bude trpět odvykacím syndromem. Hrozí také předčasný porod a narození mrtvého dítěte. Rizika přináší i substituční léčba ve formě metadonu a buprenorfinu. Metanfetaminy – pervitin, amfetamin a kokain způsobují častější výskyt vrozených vad a abnormálního vývoje, nižší porodní hmotnost, předčasný porod, menší vzrůst, odtržení placenty, úmrtnost při porodu a také poruchy chování.²⁷

4.2 Péče o děti s abstinencním syndromem

Novorozené děti s odvykacím syndromem ve většině případů potřebují speciální zdravotní, někdy i pedagogickou pomoc. Tato podkapitole se bude zabývat potřebnou odbornou péčí související se somatickým stavem těchto jedinců, ale i behaviorálními následky drogové závislosti rodičů na tyto děti.

Dětské centrum v Praze (dříve Kojenecký ústav) se věnuje péči o děti narozené s abstinencním syndromem neboli také NAS. Nabízejí matkám možnost azylového ubytování, dva zácvikové byty, 25 lůžek pro okamžitou pomoc a mateřskou školu pro 10 dětí. Ty zde mají individuální péči dle jejich potřeb. Mohou využívat muzikoterapii, hipoterapii, terapii loutkou, canisterapii a plavání.

Terapie abstinencního syndromu novorozence spočívá v podpůrné péči, zvýšeném sledování zdravotního stavu a v podávání farmakologických látek. Doporučuje se zamezit nadměrnému hluku a osvětlení, s dítětem by se mělo manipulovat jen minimálně. Při zmírňování NAS syndromu je možné použít novorozenecký morfinový roztok, novorozenecký opiový roztok, opiová tinktura a laudanum, což je 10% roztok morfinu rozředěný 25x.²⁸

Lukešová uvádí, že v současnosti mají nově narozené a příchodí děti v rodinné a osobní anamnéze potvrzené drogy ve 30 až 50 %. Tyto děti mívají problémy krátkodobé (právě syndrom NAS) nebo také dlouhodobé. Dnes se hovoří u dlouhodobých problémů

²⁷NEŠPOR, K. a SCHEANSOVÁ, A. www.mudrvincent.cz/home/alkohol-tabak-a-jine-navykove-latky-a-reprodukcni-rizika.

²⁸ BINDER, T., VAVŘINKOVÁ, B. Návykové látky v těhotenství. Praha: Triton, 2006, s. 71-73.

nejčastěji o hyperaktivitě, také ADHD (attention deficit and hyperactivity disorder) – poruše pozornosti a hyperaktivitu, nebo také ADD (attention deficit disorder), – poruše pozornosti možné poruchy řeči a zvýšené dráždivosti.²⁹

Tyto specifické vývojové poruchy učení se projevují při nástupu do školních institucí. Děti s těmito problémy často zaostávají za svými spolužáky. Důležitá je spolupráce rodičů, školy a pedagogicko-psychologických poraden, kde probíhá diagnostika. Poradny školy pomáhají vypracovat individuální vzdělávací plány pro tyto děti a učí je i rodiče jak tyto poruchy učení zvládat, kompenzovat a napravovat.

Někdy se u těchto dětí projevuje syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou nebo jen hyperaktivita. U těžkých forem se využívá i medikamentní formy léčby. Tyto poruchy také ve starších školním věku a adolescenci občas přecházejí do poruch chování. Lze předpokládat, že u dětí závislých či již abstinujících rodičů se může rozvinout problémové až nežádoucí společenské chování vycházející z genetické zátěže svých předků. I z tohoto hlediska je vhodné dlouhodobé monitorování a spolupráce s rodinou. V prvotních náznacích poruchového chování lze využít služeb pedagogicko-psychologických poraden a například ambulantní rodinné terapie, jež nabízí střediska výchovné péče.

4.2.1 Děti vyrůstající v rodině s drogově závislým rodičem

Významným problémem je vyrůstání dítěte v rodině s drogově závislým rodičem. Toto období je pro dítě velice psychicky náročné. Každé dítě se s touto situací vyrovnává po svém a zaujímá určité chování. To může napovídat, jak vypadá rodinná situace. V těchto případech dochází k dřívějšímu odhalení závislosti rodičů než u dětí alkoholiků. V naší společnosti je nadměrná konzumace alkoholu často ještě opomíjena. Užívání drog se ve společnosti nezapomíná a okolí je na přítomnost narkomanů citlivá.

Csémy a Nešpor také popisují problémové chování dětí, které vyrůstají v rodině, kde se vyskytuje závislost u jednoho či obou rodičů. Prvním typem chování je rodinný hrdina, nejčastěji jde o nejstaršího sourozence. Dítě přebírá odpovědnost za rodiče užívajícího drogy. Při práci s rodinou se dbá, aby se mladý jedinec mohl navrátit zpět do svého dětství. Nejedná se o jeho problémy, ale rodičů nebo jen jednoho z nich. Dítě musí vědět, že za tyto obtíže nemůže a zároveň není schopno je vyřešit. Dalším typem je obětní beránek. Snaží se odvrátit pozornost na sebe a své chování, může lhát, krást, sám začít užívat návykové látky. A to jen proto, aby se neřešila situace rodičů. Opět je nutné pracovat s celou rodinou. Vhodné je

²⁹ LUKEŠOVÁ. Ženy a drogy. Praha: Sananim, 2009, s. 45 -46.

odměňovat pouze adaptivní chování dítěte. Ztracené dítě je dalším typem problémového chování. Příliš nekomunikuje, uzavírá se do sebe. Tomuto dítěti by se měla věnovat pozornost a učit ho, že vnější svět může být i bezpečný. Posledním typem je klaun. Charakteristické je pro něj šaškování a odvádění pozornosti od vzniklých problémů souvisejících s užíváním návykové látky. Jako vhodné řešení se jeví odměňovat dítě v jiném vhodnějším chování a pomoci mu posílit jeho sebevědomí.³⁰

U všech těchto problémových chování dětí je důležité, aby si děti uvědomili, že za vzniklou situaci rodičů nenesou žádnou odpovědnost, nejsou schopni vyřešit problémy rodičů a mají právo na svůj názor a na šťastné a bezpečné dětství. Dospělí by se v léčbě měli naučit používat své rodičovské dovednosti. Především jak pozitivně reagovat na dítě, učit se trpělivosti, jak organizovat potomkův volný čas, učit se s dítětem, pomáhat mu zvládat obtížnosti dětství a dospívání. Mají mu být oporou. Sami možná nikdy neměli možnost se toto naučit, protože vlastní rodiče se jim nevěnovali, možná to neuměli anebo nechtěli.

Švecová a Kabilka uvádějí, že svět těchto dětí má velmi ohrožující vliv na jejich psychosociální vývoj, a to díky tomu, že do společnosti vrůstají díky nápodobě rodinných vzorů chování. Dítě se od závislého rodiče učí nezdravému a nežádoucímu modelu, normou se stává útěk od problémů k užívání návykových látek, ať alkoholu či drog, domácí násilí, nerespektování hranic a mezí. Zároveň dítě může trpět sníženým sebevědomím, pocitem samoty a ztráty lásky a přijetí ze strany rodičů. Jediněc se utvrzuje ve vnímání sebe sama jako něco špatného a nečistého. Znaky tohoto rodinného prostředí jsou především v nestabilních pravidlech anebo jejich úplné absence, v nejistém prostředí, v citové deprivaci dětí, časté jsou i další sociálně patologické jevy, jako je týrání, zneužívání a zanedbávání, vliv nezdravých návyků, osvojení si způsobů jednání, které jsou v běžné populaci neefektivní a často nežádoucí a problémy v komunikaci. Jak již bylo zmíněno výše, jde také o záměnu rolí rodič a dítě, kdy potomek přebírá odpovědnost za matku či otce.³¹

³⁰ CSÉMY, L., NEŠPOR, K. Léčba a prevence závislostí. Praha: Psychiatrické centrum, 1996, s. 72-73.

³¹ KABILKA, A., ŠVECOVÁ, J. In: PRESLOVÁ, I. Mladiství a drogy. Praha: Sananim, 2010, s. 47-50.

5 Instituce zabývající se sanací rodiny

Odborná zařízení pracující s drogově závislými jedinci v průběhu let vytvořila programy pro těhotné narkomanky a matky. Spolupracují s dalšími institucemi a zapojují se do sanace rodiny pomocí substituční nebo abstinenčně-orientované terapie. Pomáhají jedincům integrovat se zpět do běžného života. Jejich práce umožňuje dětem vyrůstat ve své biologické rodině. V Praze jde o již zmíněná odborná zařízení Sananim, o. s. a Drop in, o. p. s. Tyto organizace jako první přizpůsobily ambulantní, ústavní i doléčovací terapie pro závislé ženy s dětmi. Některá z těchto zařízení poskytují i chráněné bydlení, která usnadňují jedincům i celým rodinám vstup do nového života.

Další odborná zařízení se zabývají pomocí rodičům a jejich dětem, nabízejí rodinné terapie, učí matky i otce správně se starat a vychovávat své potomky. Umožňují dětem navrátit se zpět domů a prožít dětství ve své biologické rodině beze strachu.

Tato kapitola je zaměřena na odborná zařízení poskytující služby pro drogově závislé rodiče, vznik těchto organizací a jejich vývoj v průběhu času. Všechny organizace aktivně spolupracují s orgány sociálně-právní ochrany dětí a Dětskými centry.

Orgán sociálně-právní ochrany dětí

Orgán sociálně-právní ochrany dětí (zkratkou OSPOD) je pověřen výkonem sociálně-právní ochrany dle zákona č. 359/99 Sb. o sociálně právní ochraně dětí. Má odpovědnost za bezpečí dítěte a prevenci jeho ohrožení ze strany rodičů i sociálního prostředí. Na řešení vzniklé situace se podílí především snahou motivovat matku nebo oba rodiče k abstinenčně orientované léčbě a zprostředkovávají informace o odborných zařízeních nabízejících terapii, poskytují poradenskou činnost ohledně výkonu sociálně právní ochrany, soudních jednání, práv rodičů a dětí. Zároveň má tento orgán právo vydávat restriktivní opatření a podávat návrhy soudu k umístění dítěte do ústavní výchovy nebo stanovit nad výchovou rodičů soudní dohled. Z důvodů kontroly pracovníků OSPOD a obav plynoucích z výše zmíněných opatření vyhledávají závislé matky odborná zařízení a podrobují se léčbě. Při spolupráci a motivaci rodičů na sanaci spolupracují jak orgány sociálně právní ochrany dětí, tak zařízení poskytující terapii (Sananim, Drop In), zdravotnické zařízení, kde je dítě umístěno (Dětská centra – dříve Kojenecké ústavy) a další doléčovací centra (Sananim Ovčí Hájek) a centra pro rodinnou terapii. Tento orgán rodiče podporuje v jejich rodičovské odpovědnosti, zároveň dohlíží na dítě a v případě ohrožení dítěte ochraňuje a podává návrhy soudu, který může rozhodnout o péči

a umístění dítěte. Zároveň tato instituce vytváří určitý sociální tlak na samotné rodiče a dohlíží na jejich resocializaci a výchovu dítěte či dětí.

Dětská centra

Dětská centra jsou odborné zařízení poskytující komplexní péči dětem, jakkoliv ohroženým ve svém vývoji, a to včetně pomoci jejich rodinám. Dříve tato centra nesla označení Kojenecký ústav. Jedná se o zařízení určené dětem od narození do věku tří let a jde o zdravotnické zařízení. Personál těchto center tvoří jak lékaři, zdravotní sestry, tak i sociální pracovníci a psychologové. Sociální pracovník zodpovídá za evidenci umístěných dětí i matek s dětmi. Ty zde mohou být na základě smlouvy s dětským centrem, matky se zde mohou učit správně pečovat o děti, jsou zde ubytovány i na základě spolupráce se zařízením zaměřeným na léčbu drogové závislosti. Dětem je zde poskytována komplexní zdravotní, sociální i výchovná péče. Cílem zařízení je zdravý vývoj dítěte, navrácení dítěte zpět do rodiny nebo příprava dítěte na příchod do nové rodiny. Kromě nezbytné péče a pobytu pro novorozence a malé děti nabízejí pomoc také matkám v těžkých životních situacích. Jsou zde lůžka určené pro akutní pobyty, ale také střednědobá možnost ubytování pro gravidní ženy i matky s dítětem. Pomoc je nabízena i nezletilým dívkám, které jsou těhotné. Ženy zde mají možnost důkladně zvážit, zda udělí souhlasit s osvojením narozeného dítěte nebo po dobu pobytu v zařízení zajistit pro sebe a svého potomka vhodné bytové a rodinné zázemí. Matkám je zde věnována pomoc formou nácviku správné péče o novorozence, respektující přístup k matce a jejímu rozhodnutí pomáhá přijetí mateřské role a nalezení citového pouta k dítěti. Dětská centra nabízejí lůžka a pobyt také ženám závislým na drogách i alkoholu. Umožňují jim absolvovat abstinenčně orientovanou léčbu a zároveň pečovat o své dítě a trávit s ním volný čas. Vzniká tak úzké pouto mezi dítětem a matkou, která tak dostává prostor pro osobnostní i rodičovský růst. Matky mohou podstoupit i výchovné programy, které probíhají zácvikem správného chování k dítěti a péči o něj. Zároveň v rámci pobytu matky s dítětem lze monitorovat její chování, osobnostní růst a měnit se vztah k sobě, dítěti, otci i společnosti. Otec i příbuzní mohou dítě i matku navštěvovat v rámci návštěvních hodin a po domluvě se sociálním pracovníkem daného zařízení. Podpora širší rodiny je velice vítána, je to jeden ze znaků, jež poukazuje na možnost obnovení rodinného zázemí a vytvoření sociální sítě. Spolupráce příbuzných rovněž přispívá ke stabilizaci žádoucího rodičovského chování, které je tak sledováno.

Spolupráce Dětských center je neodmyslitelnou součástí multidisciplinárního týmu, který sanuje rodinu u novorozenců a dětí do 3 let. Děti závislých matek jsou zde přijímány zejména na základě usnesení soudu o předběžném opatření o umístění dítěte do ústavní výchovy. Dětská centra spadají pod ministerstvo zdravotnictví vzhledem ke svému profilu a zaměstnancům. Zřizovateli jsou často samotné kraje a Dětská centra jsou příspěvkovými organizacemi.

V Praze - Krči se jedná o Dětské centrum s komplexní péčí a podpůrnou rodinnou terapií, které spolupracuje s občanským sdružením Sananim a Střep, o. s. Dětská centra úzce spolupracují s příslušným orgánem sociálně právní ochrany dětí, který je určen trvalým pobytem matky a tím i dítěte. To je ovlivněno také faktem, že převažující většina novorozenců, jež se narodí závislým matkám, jsou na základě usnesení soudu svěřeny do péče ústavu. Soudy rozhodují o umístění dítěte na návrh příslušného orgánu sociálně právní ochrany dětí, který dodává veškeré podklady a důkazy nutné k vydání usnesení.

V České republice fungují Dětská centra v těchto městech: Znojmo (1990), Veská u Pardubic (1992), Jihlava (1992), Zlín (1992), Praha – Krč (2007), Brno (2008), Ostrava (2008), Opava (2008), Šumperk (2008) a Dvůr králové nad Labem (2009).

Sananim

Občanské sdružení Sananim vzniklo v roce 1990 ve spolupráci s VÚ a SVP Klíčov jako první nestátní zařízení, které se věnovalo problematice závislostí na návykových nealkoholových látkách. Postupně toto zařízení otevřelo další pobočky, kontaktní centra, svou činnost rozšířilo o terénní programy a terapeutické komunity. A zabývá se i rozvojem primární prevence v oblasti drogové problematiky. Od roku 1996 je v provozu chráněné bydlení, které se zaměřuje na následnou péči o jedince, resocializaci a také prevenci relapsu. Sananim také provozuje Drogové informační centrum. Od roku 2000 přijímá terapeutická komunita Karlov matky s dětmi a o tři roky později jsou služby pro matky s dětmi rozšířeny i o doléčovací centrum DC MAT a o chráněné bydlení určené pro tuto cílovou skupinu klientek. Ve stejném roce je také uveden v provoz projekt CADAS specializovaný na ambulantní služby. V roce 2004 byly denní programy uzpůsobeny pro matky s dětmi. V současné době Sananim provozuje také komplexní program péče o děti závislých matek. Podílí se na osvětě veřejnosti v otázkách problematiky drog, na sekundární i terciární prevenci. Konečným cílem organizace je stabilizovat život klientů a umožnit jim dosáhnout vyšší kvality života bez užívání drog. V současné chvíli probíhá projekt občanského sdružení

Sananim za podpory nadace Sirius – Komplexní program péče o dítě závislých matek.

Denní stacionář nabízí závislým matkám poradenství ve věcech léčebných programů, podává informace o následcích užívání drog na děti, nabízí provázení po celou dobu léčebné terapie, podporu rodičovství, zprostředkování komplexní zdravotnické péče pro matky a jejich děti a také psychologické nebo pedagogické pomoci. Základem je účast klienta na motivační skupině a následná skupinová nebo i individuální forma terapie. Denní stacionář také dopomáhá klientkám k nastoupení do terapeutické komunity Karlov. Cílem je zajistit vhodnou ambulantní a komplexní péči pro tuto skupiny a zároveň zajistit kontinuitu této služby. Předpokladem pro nástup do tohoto programu je motivovanost a věk nad 16 let.

Specializovaná ambulantní služba **CADAS** je zdravotnickým zařízením a jeho cílovou klientelou jsou problematičtí intravenózní uživatelé drog nebo s jejich závislostí je spojeno duševní onemocnění. Toto zařízení se orientuje na zvládání specifických obtíží spojených s návykovými látkami, na překonání odvykacích stavů nebo stabilizací abúzu drog. CADAS se také věnuje rodinám a partnerům klientů. Při sanaci celé rodiny mohou u jednoho z rodičů provádět průběžné testování na přítomnost návykových látek v krvi. Jedná se většinou o otce, kteří pracují a finančně se snaží rodinu zabezpečit. V současné době odborné zařízení CADAS přestalo nabízet možnost testování na návykové látky s ohledem na omezené finanční prostředky.

Terapeutická komunita Karlov je specifická svým zaměřením na mladistvé, mladé dospělé a na matky s dětmi. Léčbu zde mohou absolvovat těhotné ženy a matky s dětmi (matka zde může mít až dvě děti). Klienti jsou přijímány pouze prostřednictvím Denního centra Sananim. Základním předpokladem pro přijetí je absolvovaná detoxikace, napsaný životopis a vyplnění dotazníku před nástupem na terapii. Ženy jsou zde vedeny k větší zodpovědnosti, k přijetí mateřské role, mají příležitost k navázání citového pouta ke svým dětem, k osvojení rodičovských dovedností při péči o dítě a k dovednosti zajistit nový bezpečný domov. Komunita spolupracuje s externími lékaři a v areálu jsou klientkám k dispozici sociální pracovníci.

DC MAT je doléčovací centrum pro matky s dětmi. Zařízení spolupracuje s klientkami, které již prošly abstinencně-orientovanou ambulantní či komunitní formou terapie v minimálním rozsahu tří měsíců nebo po tuto dobu abstínují bez pomoci odborného zařízení. Před příjmem do tohoto programu je nutné projít vstupní konzultací. Navazující službou tohoto odborného zařízení je **chráněné bydlení** pro matky s dětmi. U této služby platí podmínka splněné a ukončené základní doby léčby, doporučení zařízení, kde se žena

lčila nebo lčí, napsaný životopis a absolvování vstupní konzultace. Objednání na pobyt je nutné vyřídít minimálně dva měsíce před potřebným nástupem do chráněného bydlení. Pokračuje zde doléčovací forma terapie, v rámci sanace je monitorována péče matek o děti. Matky zde mají větší šanci stabilizovat se po sociální stránce a najít nové možnosti, jak se uplatnit ve společnosti.

Komplexní program péče o dítě závislých matek je v současné době ojedinělým projektem, který probíhá v kontaktních centrech, při všech typech terapií a v doléčovacích centrech. Například Sananim poskytuje tuto formu pomoci jako doplňující. Vzhledem k tomu, že otcové o děti často nejeví zájem nebo nejsou zapsáni v jejich rodném listu, tvoří převážnou klientelu pouze matky. Komplexní program ročně pracuje se 130 až 140 dětmi. Rodiče jsou jak v ambulantní, terapeutické či substituční formě terapie podporováni v rozvoji rodičovských kompetencí a zajištění vhodného a podnětného prostředí pro děti. Je proto žádoucí souběžně pokračovat v sanování rodiny pomocí tohoto programu, který je zaměřen na zvládání projevů problémového chování dětí závislých matek a otců. Toto chování je pravděpodobně následkem patologického životního stylu rodičů. Velmi často se u dětí projevují poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou, samotná hyperaktivita a emoční deprivace, vzácné nejsou ani specifické vývojové poruchy učení. Zároveň můžeme považovat tuto formu péče jako přínosnou v předcházení vzniku poruch chování u dětí a mladistvých. Tento program se snaží o komplexní a zároveň kontinuální pomoc a podporu matkám již v době začínající abstinenčně orientované terapie, dále pak v každodenním životě. Matky mohou vyhledat pomoc například logopeda, odborného vychovatele, lékaře nebo psychologa. Cílem programu je zamezit počet dětí umístěných v dětských či výchovných ústavech a umožnit dítěti plnohodnotný rozvoj v jeho biologické rodině a zároveň řešit drogovou závislost matky i otce.

Drop in

Nestátní odborné zdravotnické zařízení Drop in vzniklo jako nadace na konci roku 1991. Cílem tohoto zařízení bylo zajistit veškeré komplexní služby prevence drogové závislosti a také služby harm reduction. Zakladateli projektu byl Ivan Douša a Jiří Presl, kteří již dříve pracovali ve státním středisku drogových závislostí. V roce 1992 začalo fungovat první nízkoprahové centrum, které se mimo jiné zaměřovalo i na rodiny uživatelů. V následujícím roce Drop in jako první v České republice realizoval substituční léčbu. V průběhu dalších let vznikají programy streetwork, mobil street a centra následné péče. Na

konci roku 1999 bylo zřízeno Středisko prevence a léčby drogových závislostí Drop in, o.p.s. V dalším roce vznikl projekt určený matkám závislým na drogách - Resocializace matek, který dnes funguje pod názvem Centrum pro rodinu. V roce 2002 byl otevřen projekt metadonové substituční terapie.

Centrum pro rodinu odborného zařízení Drop in se zaměřuje na práci se závislými těhotnými ženami a závislými ženami s jejich dětmi. Původní název tohoto centra byl „Resocializace matek užívající návykové psychotropní látky a monitoring jejich dětí v dětských domovech a kojeneckých ústavech“ a byl realizován již na začátku roku 2000. Nyní toto centrum pro rodinu nabízí ženám s dětmi i jejich partnerům či otcům ambulantní služby i poradenskou činnost, dále také abstinčně-orientovanou terapii, která má podobu dvouletého strukturovaného programu, který začíná již od prvního kontaktu s klientem. Cílem je motivovat ženy k léčbě či stabilizaci pomocí substituce. Poté dochází k ambulantní formě péče, v případě neefektivity jsou matky doporučovány na terapeutický pobyt do komunity Karlov. Toto centrum také zajišťuje krizovou intervenci, rozvoj sociálních dovedností gravidních matek, navštěvuje je v jejich domácnosti, monitoruje situaci před porodem a v případě potřeby se vyjadřuje k možnosti svěřit dítě do péče abstinujících rodičů. Po zhruba 10 měsících nastává poslední fáze programu. Klientky mají již upevněné sociální zázemí a abstinují a jsou motivováni udržet svůj nový život.

Centrum pro metadonovou substituci je určené uživatelům drog, kteří mohou prokázat svou několikaletou závislost. Děje se tak za spolupráce kontaktních center, která vystavují potvrzení o dlouhodobém užívání služeb klienta v zařízení. V tomto programu dostávají přednost především gravidní matky, ale i nakažení hepatitidou všech druhů, HIV, AIDS, klienti po výkonu trestu. Jde o klienty, kteří užívají 5 až 10 dávek denně. Zvlášť u gravidních žen není žádoucí okamžité vysazení drogy kvůli možnému poškození plodu. Zároveň je vydávání a užívání metadonu přísně kontrolováno a pracovníci mohou sledovat dodržování režimu a komunikovat s nastávajícími matkami při samotné formě této terapie a tak monitorovat jejich aktuální stav. Cílem je stabilizace zdravotního a sociálního stavu klientky a následná motivace k abstinčně-orientované léčbě.

Centrum nabízí i ambulantní detoxikaci. V případě gravidních žen je nejvhodnějším obdobím třetí měsíc, nicméně za bezpečnější pro plod se považuje spíše substituční terapie pomocí metadonu či subutexu.

Centrum následné péče je ambulantní doléčovací program umožňující dokončit terapii rodičům, kterým pomáhá zvládat přechod k životu běžné společnosti. Směřuje

k udržení nového životního stylu klientů bez návratu k drogám a závislosti. Centrum poskytuje individuální i skupinovou terapii v oblasti Prahy a Středočeského kraje. Péče tohoto zařízení napomáhá stabilizaci sociální situace rodičů, rodinným vztahům a prevenci návratu k rizikovému chování. Centrum následné péče nabízí své služby i rodinným příslušníkům, kteří mohou využít skupinových setkání, kde se mohou dozvědět vše o závislosti, léčbě a tématu drog.

Anima - terapie, o. s.

Anima o. s. vznikla v roce 1994, zaměřuje se na péči o rodiny, které jsou ohrožené závislostí na návykových látkách a také internetu. Vytváří programy primární i sekundární prevence drogové závislosti a podporuje programy terciární prevence. V současné době se tento projekt nazývá Anima-terapie, o. s. Hlavním cílem této organizace je pomáhat dětem a rodičům ohroženým drogou, alkoholem a také počítačovými hrami. Specifická je právě jejich práce s dětmi, které vyrůstají v rodině se závislým rodičem a následná motivace zapojit do projektu celou rodinu. Projekty pracují na principu změny. Pokud změní dítě své chování, získá náhled a nové možnosti může přimět závislého rodiče navštívit programy Anima, o. s. a zapojit se kvalitně do života dítěte. Toto zařízení nabízí pomoc formou rodinné terapie, individuální terapie, skupinové terapie, skupiny pro děti a individuální psychologickou pomoc pro děti.

Jedním z těchto programů je i D-KLAN, který je určen pro cílovou skupinu dětí od 7 do 14 let, které pocházejí z rodiny závislých, ale nejen pro ně. Děti zde mají možnost smysluplně trávit volný čas a poznat nové prostředí bez sociálně patologických jevů. Program je zaměřený na samostatnou dětskou aktivitu, dále se pořádají tématická setkání v klubu, výlety a dětské letní tábory. V rámci tématických setkání jsou často přítomni i rodiče dětí. Zde se mohou dozvědět o činnostech svých dětí, o jejich zájmech a přáních. Může to být pro rodiče zdroj zpětné vazby od dítěte i okolí. Tento projekt napomáhá k posilování rodičovských dovedností a zároveň slouží jako primární prevence pro děti závislých matek a otců. Vzhledem k častým kontaktům s dětmi mohou pracovníci organizace průběžně monitorovat celou rodinu.

Dalším projektem této organizace, který je určený pro dospívající, je K2. Cílovou skupinou jsou dospívající a mladí dospělí od 15 do 21 let. Program se realizuje jednou týdně v odpoledních až večerních hodinách. Jde o podobně zaměřený projekt jako D-KLAN. Zájem

je kladen na vytvoření zdravého životního stylu dospívajících bez účasti na sociálně patologických jevech, možnost skupinové či individuální terapie, získat sociální dovednosti a zažít nové zážitky ve formě letních táborů či zimních výletů.

Následující organizace se zabývají sanací rodiny, již však nedisponují však adiktologickými pracovníky. Primárně nejsou zaměřeny na klienty se závislostí nebo na jejich děti. Spolupráce je tedy založena na službách podpůrné péče, doprovázení a pomoci při zvládání výchovy dětí. Cílová skupina klientů je zde širší, jde o rodině tzv. sociálně slabé, mladé rodiče, rodiče s psychickým onemocněním, rodiče, kteří dětství prožili v dětských domovech, atd. Tyto instituce však mohou rodičům, kteří se léčí a abstinují pomoci v jejich další etapě života a podpořit je v jejich rodičovských rolích.

Střep, o. s.

Občanské sdružení Střep – České centrum pro sanaci rodiny bylo založeno v roce 1995. Hlavním posláním je snaha předcházet umístování dětí do dětských domovů. Spolupracuje s odbornými zařízeními v mezinárodním měřítku. Mezi prvními úspěšnými projekty Střepu byla především prevence zanedbávání a týrání dětí ve střední a východní Evropě. Organizace pořádá také konference věnované tématu sanace rodiny a návrat dětí do svých biologických rodin. V letech 2006 se pracovníci Střepu podíleli na zpracování podnětů pro zákon o sociálně-právní ochraně dětí v oblasti poradenství rodičům, jejichž děti byly předběžným opatřením soudu umístěny do ústavní výchovy s cílem návratu těchto dětí zpět do rodiny. Střep, o. s. se angažoval v oblasti programu aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi. Tento program se podařilo zasadit do zákona o sociálních službách v roce 2007. Nadále Střep posiluje fungování multidisciplinární spolupráce a snaží se systémově ovlivnit tvorbu koncepce a metodiky týkající se sanace rodin.

Cílem projektů je zabránit umístění dítěte do ústavní výchovy a jeho navrácení zpět do biologické rodiny, a to pomocí výchovně vzdělávacích a aktivizačních služeb – například podpora rodičovského chování, vedení domácnosti a péče o děti. Tyto programy zahrnují i provázení sociálními kompetencemi rodičů, doprovázení na jednání na úřadech, do školských nebo i zdravotních institucí. Střep nabízí klientům další služby formou sociálně terapeutických činností – nácvik rodičovského chování v zátěžových situacích, pomoc při vytváření krizových plánů pro možný vznik rizikových situací a také pomoc při zajišťování práv a zájmů rodičů a dětí.

Z profesního hlediska Střep nabízí pomoc především rodinám s předškolními dětmi,

podmínkou je motivace klientů. V případě rodičů závislých na drogách je pomoc tohoto zařízení vyloučena. Služby tohoto zařízení jsou vhodné pro již abstinující rodiče potýkající se s výchovnými a rodičovskými obtížemi, kteří mají zájem aktivně spolupracovat a rozvíjet své schopnosti a dovednosti.

Dům tří přání, o. s.

Dům tří přání, o. s. vznikl v roce 2001, o dva roky později získal pověření k výkonu sociálně právní ochrany dětí a v témže roce byl zahájen nepřetržitý provoz Azylového domu. V roce 2006 byl zahájen provoz ambulantní centra na Praze 7. Občanské sdružení Dům tří přání si klade za cíl poskytnout ohroženým rodinám komplexní služby v oblasti rodinného práva. Nabízí rodinám pomoc při zvládání stresových událostí, vytvoření náhledu na jejich individuální problém, nabízí také azylové ubytování dítěti, spolupracují s dalšími institucemi – OSPOD, škola, zdravotnická zařízení. Cílem je stabilizace rodiny a možnost návratu dítěte domů. Nabízí také následné podpůrné programy. Služby zařízení se věnují podpoře rodičovského chování a dovedností, zlepšení vztahů a komunikace uvnitř rodiny a také předcházení umístění dítěte do ústavní výchovy. Zařízení též provozuje dům Přemysla Pittra, který je zařízením rodinného typu pro děti vyžadující okamžitou pomoc, poskytuje spolupráci v rámci výkonu sociálně právní ochrany a tento projekt funguje obdobně jako známější zařízení pro tyto děti – Klokánek.

Aktuálně pracuje Dům tří přání na následujících službách a projektech, které jsou zaměřeny na sanaci rodiny. Jde o koncepční rozvoj podpory ohrožené rodiny, kdy se pracovníci věnují přímé práci s klienty, ale také vypracovávají doplňkové metody a nástroje pro práci s rodinou. Věnují se ambulantně terénní podpoře rodin dětí pobývajících v Domě P. Pittra pro děti. Odborní pracovníci se věnují zdravotnímu a psychickému stavu dítěte, připravují rodinu na jeho návrat a pomáhají připravit pro dítě vhodné domácí prostředí a zajišťují veškerou administrativu spojenou s návratem dítěte do rodiny. Poskytují návaznou ambulantně terénní péči pro klienty Domu P. Pittra pro děti. Tyto služby jsou kombinací péče v přirozeném prostředí rodiny a ambulantní práci s rodinou. Pracovníci zařízení nabízí dlouhodobou psychologickou podporu ohroženým dětem, které po delší dobu pobývají v domě P. Pittra, zajišťují i následnou intervenci při odchodu dítěte domů. Připravují rodiny na bezpečný návrat dítěte z pobytu domu P. Pittra, pracují s rodiči na vytvoření vhodných podmínek pro zdravý vývoj a rozvoj dítěte, podporují rodičovské dovednosti a poskytují psychologickou pomoc celé rodině.

Odborné zařízení Dům tří přání, o. s. je vhodný pro rodiče potýkající se s problematikou výchovy svých dětí a rodičů potřebujících pomoc při nábízení sociálních a rodičovských dovedností. Služby této instituce jsou vhodné pouze pro abstinující klienty a jejich děti.

HoSt Home start, o. s.

HoSt Home start, o. s. je nestátní a nezisková organizace zaměřující se na podporu sociálně ohrožených rodin v jejich přirozeném prostředí. V Praze se tento projekt poprvé objevil v roce 2003, vycházel z původního programu Home start, který vznikl v roce 1973 v Anglii. Dnes je tento program rozšířen v 19 zemích světa, např. v Kanadě, Nizozemí, Norsku, Maďarsku, Austrálii, ale také v Keni, na Srí Lance i v Japonsku. V roce 2007 HoSt začal poskytovat terénní sociální služby i v Brně a v Liberci. Od roku 2011 jsou pracovníci HoSt pověřeni výkonem sociálně-právní ochrany dětí. Od roku 2012 je v nabídce služeb této organizace také diagnosticko-terapeutická forma práce, kdy s rodinou spolupracuje psycholog, terapeut a speciální pedagog. V rámci tohoto programu je realizován videotrénink rodiny a vzájemné interakce členů rodiny. I v těchto případech probíhá práce s rodinou v jejich přirozeném prostředí, tedy v domácnosti. Veškeré služby tohoto zařízení jsou bezplatné. Terénní služby v ohrožené rodině zajišťují vyškolení dobrovolníci, důraz se klade na preventivní a terapeutickou funkci. Specifickou podmínkou pro vykonávání dobrovolnictví v HoSt Home Start je zkušenost s rodičovstvím a téměř dvouměsíční kurz, který probíhá 1 x týdně po dobu 2 – 3 hodin. Dobrovolníci povinně jednou měsíčně absolvují supervizní setkání.

Cílovou skupinu klientů tvoří rodiče mladí a nezkušení, osamělí rodiče, rodiče v náročné životní situaci, rodiče ohrožení závislostí, nezaměstnaností a rodiče patřící k etnické menšině a také sociálně slabé rodiny. HoSt navazuje spolupráci s rodiči, kterým bylo dítě odebráno a umístěno v ústavním zařízení a je zde možnost jeho návratu, připravuje rodinu na příchod dítěte zpět do rodiny. Toto zařízení pomáhá také rodičům, kteří vyrostli v dětských domovech a trpěli citovou deprivací, učí je jak správně navázat vztah se svými dětmi. Poradenství a pomoc nabízejí i matkám v poporodní depresi a nastávajícím matkám. Cílem tohoto zařízení je podpora rodičovských kompetencí a vytvoření harmonického, bezpečného a zdravého prostředí pro dítě. Organizace je zaměřena na posílení rodičovské zodpovědnosti a dovedností do té míry, že rodina, i neúplná, by měla být schopna plnit všechny své funkce bez nutnosti stálé pomoci. Programy HoSt jsou zaměřeny více na

rodiny s předškolními dětmi. Důraz se klade na předcházení možného zanedbávání dítěte a na zamezení a zmírňování důsledků sociální situace rodiny. Vyškolení dobrovolníci rodiče provázejí a učí je sociálním i rodičovským dovednostem, posilují jejich rodičovské kompetence a vše se děje v přirozeném prostředí rodiny.

Samotná dobrovolnická práce v HoST Home start, o. s. je dlouhodobá a poměrně intenzivní, kontakt rodiny a dobrovolníka probíhá i 2-3 x týdně. Maximální doba spolupráce je 2 roky. V případě, kdy jsou obtíže rodiny příliš intenzivní, nebo hrozí zvýšené riziko ohrožení dítěte, pracuje s rodinou pracovník HoSt, který má pověření pro výkon sociálně-právní ochrany.

Praktická část

Praktická část diplomové práce bude obsahovat kvalitativní výzkum. Ten byl vytvořen ze tří případových studií rodičů závislých na nealkoholových drogách. Výzkum si klade za cíl prozkoumat osobní anamnézy rodičů, jejich rodinné zázemí a jakým způsobem probíhala abstinenčně orientovaná léčba, doléčovací program a sanace rodiny. Případové studie se budou zaměřovat na postupy odborných institucí, které se zabývají sanací a terapií drogové závislosti. V rámci těchto studií bude popsána cesta dětí, kteří se narodili závislým rodičům, jejich zdravotní stav a umístění mimo biologickou rodinu a v případě úspěšné sanace jejich návrat do rodiny. Vzhledem k možnosti studovat spisové dokumentace rodičů a jejich dětí měla autorka možnost vysledovat první kontakt matek i otců s orgánem sociálně právní ochrany dětí, absolvování jejich léčby a spolupráci s různými odbornými organizacemi, jejich snahu získat své děti do péče a zapojit se do běžného života majoritní společnosti. Pro dokreslení rodinného zázemí otců a matek jsou ve výzkumu zmapovány i širší příbuzenské vztahy, především s jejich vlastními rodiči rodičů a sourozenci. Výzkum byl prováděn na oddělení orgánu sociálně právní ochrany dětí, a to v časovém období jednoho roku a 7 měsíců. S ohledem na délku vedení spisové dokumentace sahá historie rodičů a jejich kazuistiky do období let 2005 až 2012. Toto období ukáže, zda sanace závislých rodičů byla úspěšná, zda se děti navrátily do péče rodičů a jak rodiče zvládají svůj nový životní styl bez drog. Hlavním cílem praktické části je tedy poukázat na to, zda je sanace drogově závislých rodičů prospěšná pro dítě, zda je možné vytvořit kvalitní rodinné prostředí a umožnit dětem bezpečně a zdravě vyrůstat ve své biologické rodině.

Kvalitativní výzkum tvoří především zpracované kazuistiky rodičů závislých na drogách, jejich dětí a odborných zařízeních. Tyto kazuistiky vycházejí především z osobních setkání s rodiči, s odborníky na léčbu závislosti a sanaci rodiny, z korespondence mezi nimi a pracovníky orgánu sociálně právní ochrany dětí, ze spisové dokumentace této státní instituce a zápisy nestrukturovaného rozhovoru s rodiči. Nedílnou součástí kvalitativního výzkumu bude také skryté pozorování změn v chování rodičů v důsledku jejich léčby, terapií a nalézání rodičovské odpovědnosti, učení se rodičovským dovednostem a udržení partnerského vztahu.

Výzkumný problém

Výzkumným problémem tohoto projektu jsou rodiče závislí na psychoaktivních nealkoholových látkách, kteří mají trvalé bydliště ve správním obvodu Praha 15. Popsána je jejich situace způsobená zneužíváním návykových látek, dopad, který to mělo na jejich sociální stav a rodičovství, možnosti sanace těchto rodin, zmapování práce institucí nabízejících pomoc a možnost návratu dětí zpět do původní biologické rodiny. Výzkumným problémem, který vyplývá z práce s drogově závislými rodiči je i zjištění důvodů užívání návykových látek rodiči, motivace k abstinenci a změně, popřípadě důvody relapsu či znovu navrácení k drogové závislosti a zda je možné rodinu úspěšně sanovat a bezpečně navrátit děti do péče matky, otce či obou rodičů. Tento výzkum bude prováděn na území správního obvodu městské části Praha 15 orgánem sociálně právní ochrany dětí.

Cíl výzkumného projektu

Výzkumný projekt si klade za cíl zmapovat postup orgánu sociálně právní ochrany dětí u rodičů závislých na drogách i dalších odborných zařízeních, spolupráci se státními i nestátními organizacemi, možnosti práce s rodinou, především sanaci rodiny a léčbu drogové závislosti. Součástí bude také snaha zdokumentovat možnou spolupráci s rodinným zázemím rodičů, tedy spolupráci s prarodiči nezl. dětí umístěných na základě rozhodnutí soudu do ústavní péče či do péče třetí osoby. Cílem výzkumného projektu bude zjistit vhodné postupy užívané při práci s drogově závislými rodiči, možnosti sanace celé rodiny a vhodnost a úspěšnost návratu dětí do biologické rodiny.

Typ výzkumu

Vzhledem k citlivosti daného výzkumného problému a možnosti organizace sběru dat bude zvolen jako nejvhodnější způsob zkoumání kvalitativní výzkum. Ten umožní hlouběji proniknout do problematiky závislosti a rodičovství, do možných způsobů řešení vzniklých situací a postup kontroly a práce státního orgánu sociálně právní ochrany dětí i dalších odborných organizací. Pro vybrané téma diplomové práce „Sanace drogově závislých rodičů“ bude tedy vybrána metoda kazuistik, jako nejvýstižnější způsob zpracování a vyhodnocování výzkumného vzorku. Kazuistiky budou zaměřeny na problémové nežádoucí chování rodičů a důvod jejich evidování na OSPOD, na jejich osobní a rodinné anamnézy, dále na jejich motivaci a práci s příslušnými organizacemi a také na současnou situaci, ve které se rodiče a jejich děti nacházejí. Ve výzkumu bude obsažena i prognóza rodinného stavu.

Výzkumný vzorek

Výzkumným vzorkem budou rodiče závislí na návykových nealkoholových látkách s trvalým bydlištěm na území správního obvodu Praha 15. Ze zákona jsou děti těchto rodičů vedeni pod spisovými značkami na úřadech příslušných městských částí na odděleních sociálně právní ochrany dítěte (OSPOD) podle zákona č. 359/99 Sb. o sociálně právní ochraně dětí. OSPOD získává prvotní informace například od sociálních pracovníků v nemocnicích, kde závislé matky porodily či od blízkých příbuzných rodičů, kteří OSPOD kontaktují osobně, telefonicky nebo dopisem, některá upozornění a informace přicházejí i od anonymních osob. V době výzkumu byly na oddělení vedeny tři rodiny, které se potýkali s drogovou závislostí na straně matky a otce, a to v různých stadiích vývoje a řešení. U závislých rodičů bude také předmětem zkoumání jejich vztah s blízkými příbuznými a případný vliv na celkovou situaci a stav rodiny. V kazuistikách nebudou použita žádná jména s ohledem na ochranu osobních údajů rodičů a jejich dětí.

Organizace sběru dat

Veškeré informace a data budou pocházet ze studia spisové dokumentace drogově závislých rodičů. Půjde tedy o obsahové analýzy těchto spisů. Zde jsou zapsány veškeré rozhovory s klienty, protokoly ze soudních řízení, korespondence mezi odbornými zařízeními, zápisy případových konferencí s organizacemi zabývajících se léčbou a sanací drogově závislých rodičů, sociálními pracovníky Dětského centra a záznamy pozorování změn v chování rodičů. Rozhovory a sdělení rodičů jsou zaznamenány pomocí záznamů, které jsou součástí výše zmíněné spisové dokumentace.

Časové rozhraní

Sběr dat o výzkumném vzorku bude zaznamenán ve spisové dokumentaci v rozhraní let 2005 až únor 2012, z hlediska osobního pozorování a rozhovorů bude časové pásmo výzkumu ohraničeno sedmnácti měsíci od října 2010 do února 2012, kdy s rodiči a dalšími odbornými institucemi probíhala intenzivní spolupráce.

Metody užití v kvalitativním výzkumu

Metody kvalitativního výzkumu bude tvořit především studie obsahové analýzy spisové dokumentace, zápisy nestrukturovaného rozhovoru formou psaného záznamu a zúčastněné pozorování při jednání s rodiči na OSPOD a na případových konferencích. Další

využitou metodou bude korespondence s organizacemi zabývajících se léčbou drogové závislosti zaměřené na rodiče a institucemi zabývajících se péčí o děti. Další metodou zpracování kazuistik budou zhotovené osobní anamnézy matek a otců, jejich rodin a zhodnocení sociální anamnézy. Na závěr bude použita metoda analýzy a syntézy kazuistik.

Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaný soubor budou tvořit rodiče závislí na psychoaktivních nealkoholových látkách s trvalým pobytem ve správním obvodě Praha 15. Charakteristickým znakem zkoumaného vzorku bude především vzniklé rodičovství a závislost na droze, konkrétně pervitinu a heroinu. V době výzkum a v daném správním obvodu budou pozorovány a studovány tři rodiny. Jedním z důležitých znaků bude i nutnost matek či otců podstoupit abstinенčně orientovanou terapii a postavení matek vůči otcům.

Kazuistiky

V této kapitole budou zdokumentovány příběhy rodičů, kteří procházejí drogovou závislostí, podstupují léčbu, abstinují, spolupracují s odbornými zařízeními a snaží se získat své děti do péče. Na začátku kazuistik bude uveden věk a sociální statut rodičů, počet narozených dětí a jejich umístění v době probíhající léčby matek i otců. Dále zde budou popsány výchozí stavy, které rodiče postaví před fázi rozhodnutí, kdy mohou pokračovat v užívání drog nebo zvolí abstinenčně orientovanou léčbu, začít respektovat a řídit se radami odborníků na sanaci rodiny. Zároveň zajistí vhodné ubytovací a finanční podmínky, které mohou umožnit svěření dětí zpět do výchovy biologických rodičů. V kazuistikách budou také popsány právní úkony a náležitosti, které je nutné v těchto případech aplikovat a absolvovat. Zmíněny budou i konkrétní odborné organizace, které s danou rodinou byli, jsou či budou v kontaktu a věnují se léčbě drogové závislosti a sanaci rodiny. Do anamnéz rodičů jsou zařazeny i vztahy se širší rodinou, protože i blízcí příbuzní jsou důležití pro pochopení možného vzniku závislosti matek a otců na návykových látkách. V budoucnu budou možným zdrojem podpory i finanční pomoci nebo také důvodem k relapsu a navrácení na drogovou scénu. V kazuistikách budou zaznamenány současné stavy rodičů a jejich výsledky snah o léčbu a získání dětí do své péče. Na konci kazuistik budou uvedeny postupy OSPOD a spolupráce rodičů s touto státní organizací mající za cíl chránit děti a jejich práva. Výsledkem kazuistik a výzkumného projektu bude zhodnocení současného stavu rodiny a konstatování, zda byla sanace vhodným a kvalitním řešením.

Rodina A

Matka (27 let)

Dosažené vzdělání: vyučena

Počet dětí: 4

Otec (35 let)

Dosažené vzdělání: vyučen

Počet společných dětí: 4 děti, z toho 2 dány k adopci, 2 děti umístěny v Klokánku Fondu ohrožených dětí.

Sociální důvod evidence rodiny

Rodina A je vedena v evidenci OSPOD již 4 roky na základě souhlasu rodičů k adopci svých dvou narozených dětí. U posledního čtvrtého dítěte byl OSPOD informován zprávou sociální pracovnice dané porodnice o tom, že matka měla pozitivní test na pervitin. Matka a otec nebyli sezdáni. Matka užívala pervitin 3 - 4 týdně neintravenózně, stejně tak otec užíval tuto návykovou látku, ale častěji než matka. Dohromady matka porodila 4 děti. Prostřední dvě narozené děti byly dány po porodu k adopci kvůli ekonomické situaci rodiny. Nejstarší a nejmladší dítě rodiče sami umístili v Klokánku Fondu ohrožených dětí na dobrovolný pobyt, do doby než vyřeší bytové, sociální a finanční záležitosti. Vzhledem k tomu, že rodiče tuto situaci řešili dobrovolným umístěním dětí do tohoto zařízení, byl následně ze strany Klokánku informován OSPOD. V této době již celou situaci OSPOD monitoroval a byl ve spolupráci s rodiči, s odborným zařízením Sananim a následně také s Klokánkem. Primární požadavkem soudu a OSPOD bylo zahájení abstinencně orientované léčby závislosti rodičů v odborném zařízení. Matka aktivně spolupracovala s pracovníky OSPOD a na jejich doporučení vyhledala služby odborného zařízení Sananim. Matka se zde aktivně zapojila do 3 měsíčního intenzivního ambulantního léčebného procesu. Otcí dětí byla taktéž nabídnuta spolupráce se Sananimem. Ten začal navštěvovat tuto instituci v rámci probíhající matčiny terapie a v jejím průběhu přistoupil na nabídku otestování na přítomnost návykových nealkoholových látek v těle. Oba rodiče měli vždy výsledky testování na přítomnost návykových látek negativní. Otec se ve spolupráci se Sananimem zaměřil na ambulantní formu léčby závislosti. Po celou dobu terapie v odborném zařízení Sananim rodiče spolupracovali s OSPOD, snažili se o nápravu své sociální, rodinné a finanční situace. Rodiče si pronajali byt, který však nemohli dále platit s ohledem na jejich ekonomickou situaci. Aktivně spolupracovali se všemi odbornými zařízeními a pracovali na vytvoření vhodného a nezávadného prostředí pro děti. Po dobu

jejich probíhající léčby a doléčovací terapie, byly obě děti nadále umístěny v Klokánku. Matka i otec je v rámci možností chodili navštěvovat. V době doléčovací formy terapie využívali také víkendové povolenky pro děti, které trávili společně u prarodičů ze strany otce. Tyto povolení byly vydávány na základě jejich žádosti a spolupráce s OSPOD a Sananim, absolvování abstinenčně orientované léčby a následné terapie a negativních výsledků testování na přítomnost návykových látek v těle. Rodiče si přibližně po půl roce zajistili vhodné bydlení pro sebe i děti mimo Prahu. V současné době čekají na ukončené soudní jednání o svěření dětí do své péče.

Matka

Matka má jednoho sourozence, s otcem se nepoznala. Se svou matkou má komplikovaný vztah. Na počátku byla submisivní vůči svému partnerovi, otci dětí. Těžce nesla adopci dvou novorozeneckých dětí. Na základě spolupráce a podpory OSPOD se rozhodla zapojit do tříměsíční intenzivní ambulantní terapie Sananim. Po jejím skončení nastoupila v tomto odborném zařízení na doléčovací formu abstinenčně orientované terapie. V průběhu tohoto procesu matka projevila velkou motivaci získat děti zpět do své péče a osamostatnila se. Během ambulantního léčení se jí podařilo najít práci. V současné době matka již přes 1,5 roku abstinguje. Pro časovou náročnost doléčovací terapie v Sananim matka spolupráci ukončila a zvolila ambulantní formu následné péče v Drop-in. V současné době matka kvůli pracovní vytíženosti a přestěhování přerušila doléčovací terapii v Drop-in. Pracuje a snaží se vytvořit vhodné podmínky a prostředí pro návrat dětí do domácího prostředí.

Otec

Otec má více sourozenců, s rodiči má vcelku vřelý vztah. Již v raném věku měl problémy s chováním, byl impulsivní. Otec se od začátku projevoval výrazně dominantněji než matka a to nejen ve vztahu k její osobě. Léčbu a odbornou pomoc vyhledal v době, kdy jeho partnerka matka dětí již podstupovala intenzivní tříměsíční léčbu v odborném zařízení Sananim. V době této terapie začal aktivně spolupracovat se Sananimem a také s OSPOD. Otec projevoval snahu a zájem získat děti zpět do péče. Z finančních důvodů otec nemohl absolvovat intenzivní léčbu jako matka. Podstoupil tedy ambulantní terapii formou doléčovacího programu. Zajistil si zaměstnání a následně spolu s matkou hledal vhodné ubytování pro rodinu. Otec působil i v době abstinence a léčby roztěkaně, někdy až hyperaktivně. Toto projevování způsobovalo občasné problémy při styku s dětmi na půdě

Klokánku, kde bylo na otce pohlíženo negativně.

Blízká rodina

Matka dětí nemá se svou matkou dobré vztahy, otce nikdy nepoznala. Matka matky pro práci s rodinou a její sanaci nebyla příliš podstatným partnerem. O dění v rodině své dcery nejevila žádný zájem. Rodiče otce byli aktivnějšími členy, projevíli zájem o obě děti a snažili se v rámci možností s nimi udržovat styk. V době dokončení abstinenčně orientované léčby rodiče otce umožnili otci i matce pobyt v jejich domácnosti a dali tak prostor pro setkávání se celé rodiny i dětí. V době dlouhodobého monitoringu ze strany Sananim a OSPOD a také za předpokladu záruky ze strany rodičů otce, trávily děti víkendy u prarodičů s matkou i otcem, a to na základě povolenek vydaných OSPOD. Rodina tak společně pracovala na udržení kontaktu s dětmi a snažila se obnovit již tak citlivé vztahy ke svým potomkům. Povolenky udělil OSPOD na základě žádosti prarodičů a matky či otce. Poměry a prostředí u rodičů otce bylo sociálními pracovníky shledáno jako vhodné pro pobyt dětí. Oba rodiče byli dlouhodobě sledováni pracovníky OSPOD, stejně tak odborným zařízením Sananim, o návštěvách a chování rodičů k dětem informoval OSPOD Klokánek. O víkendových pobytech dětí byli rodiče sledováni a podporováni rodinnými příslušníky ze strany otce. Mohli tak rozvíjet vztah k dětem, rozvíjet své rodičovské dovednosti a schopnosti, učili se žádoucími chování a překonávání obtížných životních situací.

Současná situace

V současné době rodiče podali návrh soud na svěření dětí do své péče. Oba rodiče pracují, mají pronajatý byt mimo Prahu a jsou podporováni rodinou otce. V blízké budoucnosti proběhne soudní řízení, kde se určí, zda oba rodiče splnily nutné podmínky pro převzetí dětí do své péče. Rodiče absolvovali abstinenčně orientovanou terapii a doléčovací program. V rámci svých ekonomických možností zajistili vhodné ubytování pro celou rodinu. V rámci dokazování u soudního jednání budou zpracovány znalecké posudky na otce, u kterého se objevilo podezření, že drogy mohl v souvislosti se stresem a dlouhotrvajícím soudním řízením o svěření dětí do péče rodičů nahradit alkoholem.

Práce OSPOD s rodinou

Rodiče s OSPOD aktivně spolupracovali, projevíli velký zájem a snahu o nápravu své

životní situace a umožnit tak dětem vyrůstat v biologické rodině. OSPOD úzce spolupracoval s odborným zařízením Sananim a garanty matky i otce na řešení situace rodičů. Soudním rozsudkem na návrh OSPOD byly děti svěřeny do péče Klokánku do doby, než rodiče prokážou, že absolvovali nutnou léčbu a doléčování ze závislosti, zároveň abstinovali a vytvořili podmínky umožňující svěřením dětí do jejich péče. V průběhu práce s rodinou bylo uspořádáno několik případových konferencí, kterých se účastnili jak rodiče, tak zástupci organizací spolupracujících s rodiči a OSPOD. Rodiče prokázali neutuchající zájem o své děti, které chodili ve volných chvílích navštěvovat, zajistili vhodné podmínky pro víkendové pobyty dětí u rodičů otce. Děti díky povolenkám OSPOD trávily s rodiči a prarodiči víkendy. Vzájemný vztah dětí k rodičům tak nebyl úplně přerušen, a to především u staršího dítěte. V současné době se čeká na vypracování znaleckých posudků a následné rozhodnutí okresního soudu dle faktického bydliště nezletilých dětí ve věci svěřením nezletilých do péče rodičů.

V případě kladného vyřízení návrhu rodičů o svěřením dětí do své péče, bude OSPOD navrhopvat dále ustanovit nad výchovou rodičů dohled. V případě, že soud rozsudkem rozhodne o ustanovení dohledu nad výchovou rodičů, určí i místně příslušný OSPOD, který v pravidelných intervalech bude soudu poskytovat zprávy o rodině a dítěti a současně bude rodinu monitorovat. Soudně nařízený dohled je založen na pravidelném monitoringu rodičů a jejich péči o nezletilé děti, kontrolu a organizaci spolupráce rodičů s potřebnými odbornými zařízeními. Je nutné podotknout, že oba rodiče mají vzhled tzv. *causa socialis*. Což jim často znesnadňuje sociální kontakt s běžnou společností.

Rodina B

Matka (27 let)

Dosažené vzdělání: SŠ s maturitou

Počet dětí: 1

Otec (37 let)

Dosažené vzdělání: vyučen, 6x výkon trestu odnětí svobody

Počet společných dětí: 1 dítě

Sociální důvod evidence rodiny

Matka s dítětem se do evidence OSPOD dostali na základě zprávy z porodnice, kdy matka byla pozitivně testována na přítomnost návykové látky, konkrétně na pervitin. Krátce po porodu odešla z nemocnice se svým partnerem, otcem dítěte. Zdravotnímu personálu sdělila, že si jde odpočinout. Matka a otec nejsou manželé. Otce do rodného listu dítěte neuvedla. Matka pervitin užívala 3 roky nejprve intravenózně, pak přešla na vdechování návykové látky nosem. Otec užíval pervitin dlouhodobě, uvedl, že neví, jak dlouho již pervitin užívá. Byl 6x ve výkonu trestu odnětí svobody, většinu svého dospělého života strávil ve vězení. Rodiče žili na ubytovně. Dítě bylo předběžným opatřením na návrh OSPOD svěřeno do péče Dětského centra. Matce byla sociální pracovnící porodnice doporučena léčba v odborném zařízení Sananim a byl jí předán kontakt na PhDr. Preslovou. Matka následně navštívila místně příslušný OSPOD dle jejího trvalého bydliště. Zde jí byli sděleny okolnosti, které ji znemožňovali v současné době mít dceru svěřenou do své péče, dále ji byli vysvětleny podmínky pro svěření dítěte do její péče. Matka na radu sociálních pracovníků vyhledala pomoc Sananim a absolvovala 3 měsíční intenzivní ambulantní léčbu, při které byla ubytována v Dětském centru společně s dítětem, kde měla možnost o něj pečovat a navázat s ním citové pouto. Otec byl v průběhu léčby matky zapsán v rodném listě dítěte. Odmítl spolupracovat s odborným zařízením Sananim na své i matčině léčbě. S OSPOD otec odmítl spolupráci. V době matčiny abstinenčně orientované terapie byla soudem nařízena ústavní výchova nezpl. dítěte, a to do péče Dětského centra. Při soudním jednání byly rodiče poučeni o možnosti podat návrh na svěření dítěte do své péče za určitých podmínek, jako je abstinence, prodělání terapie drogové závislosti a vytvoření vhodných podmínek pro výchovu dítěte. Matka denně docházela na skupinovou terapii do Sananimu. Po těchto sezeních odcházela zpět do Dětského centra za svým dítětem. Dětské centrum nemělo s chováním matky nikdy žádný problém, o dítě se starala dobře. Po dvou měsících absolvované terapie byla

uspořádaná případová konference na půdě Sananimu, které se zúčastnili oba rodiče, garantka matky, dvě sociální pracovníce OSPOD, sociální pracovníce Dětského centra a sociální pracovníce Sananim. V průběhu konference byla probrána nutná spolupráce obou rodičů a prokázání jejich abstinence. Dále byl rodičům vysvětlen postup při podání návrhu soudu na svěření dítěte do jejich péče a nutnost prokázat vytvoření harmonického domácího prostředí, kde by mohlo dítě žít a dále také dodržování abstinence. Otec v této době mluvil o navázání pracovního kontaktu a o možnosti zaopatření vlastního ubytování. Souhlasil s individuálním sezením v rámci matčiny abstinence orientované terapie. Dále také přislíbil spolupracovat s odborným zařízením CADAS, kde by podstupoval pravidelné testování na přítomnost návykových látek v těle.

Matka si po absolvování tříměsíční intenzivní léčby prodloužila její trvání ještě o dva měsíce. V této době také otec zajistil vhodné bydlení a našel si zaměstnání. Navázal kontakt s odborným zařízením CADAS, kde podstupoval testování na přítomnost návykových látek. Během matčiny prodloužené intenzivní terapie rodiče podali návrh na svěření dítěte do jejich péče. Soudní jednání bylo nařízeno za měsíc, v této době matka ukončovala ambulantní intenzivní terapii. Rodiče prokázali, že se o dítě dokáží postarat. Oba také předložili důkazy o jejich abstinenci a prodělané terapii. Matka přislíbila nastoupit do ambulantního doléčovacího programu Sananim. Na základě prošetření poměrů rodiny, jejich nového bydlení a péči o dítě jim soud svěřil dítě do péče a nad jejich výchovou byl stanoven dohled. Ten vykonával místně příslušný OSPOD dle faktického bydliště matky. V průběhu jednoho roku byla domácnost shledána ve všech ohledech v pořádku. Matka udržovala byt čistý, dcera v péči rodičů prospívala. Otec nadále pracoval a zabezpečoval rodinu finančně, matka pobírala rodičovský příspěvek a příspěvek na dítě. Ukončila předčasně doléčovací program o 3 týdny.

V rodině otce se objevili problémy se zdravotním stavem dědečka dítěte. Otec byl nucen ukončit spolupráci s CADAS, a tím přišel o možnost pravidelného testování na přítomnost návykových látek. Matka udržovala kontakt a spolupráci s odborným zařízením Sananim, v případě nutnosti se mohla vždy obrátit na terapeuty či jejich sociální pracovníci. S OSPOD rodiče udržovali spolupráci. S otcem bylo domluveno, že musí znovu navázat kontakt a podstupovat testování na přítomnost návykových látek v těle. O měsíc později bylo zjištěno, že CADAS přestal provádět testování na drogy vzhledem k finanční náročnosti, tyto služby se dále poskytují pouze přímým klientům. Otci byla nabídnuta spolupráce OSPOD, kde se může nechat orientačně otestovat. Pro potřeby soudu si otec musí zajistit kvalitnější a odborné testování ve zdravotnickém zařízení. Otec tuto spolupráci přijal, matka si sama

zařídila testování v doléčovacím programu Sananim. Oba rodiče na návštěvě OSPOD podstoupili neohlášené testování drog s negativním výsledkem.

Matka

Matka je jedináček, její rodiče se rozvedli, když jí bylo 7 let. Otce od té doby neviděla. Po dokončení střední školy - Obchodní akademie pracovala jako administrativní pracovníce. Z návykových látek užívala pervitin, nejdříve intravenózně, pak jej vdechovala nosem. Uvedla, že pervitin užívala několikrát týdně. Matka je pod vlivem svého partnera, otce dítěte. Je vůči němu v submisivním postavení, což bývá typické u žen uživatelék. V současné době se osobnostně rozvinula. S otcem dítěte si vybudovala rovné partnerské postavení.

Otec

Otec byl vícekrát ve výkonu trestu odnětí svobody. Již dříve užíval návykové látky. Přesnou dobu svého užívání nesdělil. Uvedl, že pervitin již nebere, nikde se neléčí a léčbu nemůže nastoupit z důvodu pracovní vytíženosti a zajištění financí. Otec se projevuje velmi impulzivně. Odmítá jakoukoli spolupráci s centry zabývající se drogovou problematikou. V současné době spolupracuje s OSPOD, kde se nechává na vlastní žádost kontrolně testovat na přítomnost návykových látek. S matkou svého dítěte vytvořil rovnocenný partnerský vztah a přijal odpovědnost za sebe i svou rodinu. Otec je nyní v úzkém kontaktu se svou širší rodinou.

Blízká rodina

Matka po porodu uvedla, že si nepřeje kontaktovat svou matku. S otcem neudrží žádný kontakt, její rodiče se rozvedli, když byla v mladším školním věku. Od té doby svého otce viděla pouze párkrát. V průběhu léčby matka babičku dítěte kontaktovala, ta se přišla na své vnouče podívat. Zájem o svou dceru či o vnouče dále neprojevovala. Otec uvedl, že ho jeho rodina podporuje, umožnila by mu prostředí pro péči o dítě. Rodina otce bydlí mimo Prahu, je tedy složité ověřit jeho tvrzení vzhledem k jeho malé ochotě spolupracovat. Po delším časovém období začaly rodiny od matky i otce projevovat zájem a poskytovaly rodičům finanční pomoc i rady při péči o jejich dítě.

Současná situace

Matka započala 3 měsíční intenzivní ambulantní léčbu v Denním centru Sananim.

Otec nejdříve odmítl spolupracovat se Sananimem. OSPOD nebyl znám jeho pobyt, ani zda vyhledal jiný typ léčby či služby jiného zařízení a zda abstinuje, což je důležitá otázka v budoucím soudním řízení ve věci péče o nezl. dítě. Rodiny obou rodičů zatím významným způsobem neovlivnily situaci rodičů. Před nařízeným soudním jednáním došlo k výraznému posunu ze strany otce. Vyhledal pomoc odborného zdravotnického zařízení CADAS, kde pravidelně jednou týdně podstupoval testování na přítomnost návykových látek v moči. Úspěšně ukončená léčba matky v ambulantním programu Sananim, spolupráce otce a jeho prokázaná abstinence, zařízení vhodného bydlení a finanční zajištění umožnilo soudu, aby dítě svěřil do péče rodičů s uloženým ochranným dohledem nad jeho výchovou. Otec v současné době pracuje, matka je na rodičovské dovolené. Oběma vypomáhají babičky, dědečkové a také sestra otce. Nad rodinou je vykonáván dohled orgánem sociálně právní ochrany. Matka ukončila doléčovací terapii. V následujících letech rodiče budou muset soustavně prokazovat svou rodičovskou zodpovědnost, abstinence a schopnost o dítě pečovat.

Práce OSPOD s rodinou

OSPOD v rámci sanace rodiny intenzivně spolupracovalo s občanským sdružením Sananim a Denním centrem, které mělo dítě soudem svěřené do ústavní výchovy. Matka absolvovala intenzivní tříměsíční ambulantní léčbu. V tomto okamžiku byla rozhodující motivace rodičů abstinovat a udržet nově zvolený životní styl a ekonomickou situaci. Před soudem rodiče prokázali, že jsou schopni se o dítě postarat, zabezpečit ho a vytvořit mu harmonické domácí prostředí. Situace je nadále komplikovaná, otec dítěte musí pravidelně prokazovat svou abstinenci a zároveň finančně zabezpečit chod rodiny. Matka podstoupila a absolvovala doléčovací formu terapie ze závislosti. Nadále využívá spolupráce s odborným zařízením Sananim, respektuje a dodržuje veškerá doporučení ze strany sociálních pracovníků OSPOD i odborníků v oblasti drogové závislosti. Dítě bylo rozhodnutím soudu svěřeno do výchovy rodičů, na návrh OSPOD byl nad výchovou rodičů stanoven dohled. V současné době rodiče soustavně prokazují aktivní spolupráci se všemi výše zmíněnými institucemi. V souvislosti s ukončením služeb testování na přítomnost návykových látek v odborném zařízení CADAS, otec dal souhlas k provedení testování na půdě OSPOD. Spolupráci v této rovině otec respektoval a přijal. V tomto případě rodiče vzhledově zapadají do běžného obyvatelstva, u otce je mírný náznak *causa socialis*.

Rodina C

Matka (34 let)

Dosažené vzdělání: Gymnázium

Počet dětí: 2

Počet dětí z předchozího vztahu: 1

Otec (28 let)

Dosažené vzdělání: SŠ Obchodní akademie

Počet společných dětí: 1 dítě

Sociální důvod evidence rodiny

První dítě matky z rodiny C byly vedeny v evidenci OSPOD již od roku 2005. V této době probíhal rozvod matky s jejím manželem, otcem prvního dítěte. Rozvodovému řízení předcházelo jednání opatrovnického soudu o úpravě poměrů do doby po rozvodu rodičů, kdy dítě bylo svěřeno do péče matky. Ta žila v rodinném domě svých rodičů, kde ji přenechali byt k užívání. Zhruba po dvou letech od rozvodu matky rodiče upozornili OSPOD, že matka je závislá na heroinu, již nezvládá péči o své dítě. Dříve na vnuka a dceru dohlíželi prarodiče a bývalý manžel, situaci však aktuálně označili za nezvladatelnou. Rodiče matky tedy požádali OSPOD o pomoc při svěřením dítěte do jejich péče. Matka následně sama vyhledala OSPOD. V této době zvažovala abstinenčně orientovanou terapii v psychiatrické léčebně. Velmi brzy na tuto léčbu nastoupila. V průběhu opatrovnického řízení o svěřením dítěte do péče matčiným rodičům byla zjištěna skutečnost, že matka byla před manželstvím šest let závislá na heroinu a již jednou absolvovala léčení v terapeutické komunitě. Rozhodnutím soudu bylo dítě svěřeno do péče jeho prarodičům. Matka měla možnost kontaktu s dítětem o jejích víkendových propustkách z terapeutického zařízení. Matka po půl roce léčbu úspěšně dokončila. Našla si zaměstnání a dále se stýkala, po dohodě s prarodiči, se svým dítětem. Navázala nový partnerský vztah a záhy začala bydlet se svým novým partnerem v jeho rodinném domě. Po uplynutí dvou měsíců kontaktovali OSPOD prarodiče se sdělením, že matka dítěte je znovu závislá na drogách, konkrétně opět na heroinu. Její častý kontakt s dítětem přerušila.

V roce 2010 oznámila nemocnice OSPOD, že matka porodila své druhé dítě, testy na přítomnost návykových látek v těle byly pozitivní na metadon. Matka v té době absolvovala léčbu závislosti v Substitučním centru a užívala tuto substituční látku. Následně matka kontaktovala OSPOD a potvrdila zprávy z porodnice. Matka a otec nejsou manželé.

Vzhledem k tomu, že otec dítěte byl dobře finančně zajištěn, rodina neměla problémy se zajištěním vhodného ubytování pro sebe a dítě. S ohledem na užívání heroinu a následně metadonu v těhotenství mělo dítě po porodu závažné zdravotní obtíže. Z tohoto důvodu bylo dítě ponecháno na novorozeneckém oddělení, kam následně matka také nastoupila. Ta aktivně spolupracovala se substitučním centrem, pravidelně se kontaktovala s OSPOD. Matka nadále absolvovala substituční terapii a odbornými pracovníky bylo potvrzeno, že je matka schopna samostatně pečovat o dítě. Dítě bylo propuštěno do domácí péče matky, vzhledem k tomu, že matka již v průběhu těhotenství spolupracovala se substitučním centrem a následně i s OSPOD nebylo nutné situace řešit s opatrovnickým soudem. Matka byla průběžně monitorována pracovníky OSPOD, stejně tak i otec. Před příchodem matky a dítěte z nemocnice bylo na adrese rodiny provedeno místní šetření. Zde byly podmínky shledány jako vyhovující. Otci dítěte byla doporučena spolupráce s odbornými zařízeními k vyloučení jeho závislosti na návykových látkách. Otec vyhledal ambulantní služby Sananim a CADAS, kde probíhalo pravidelné a průběžné testování na přítomnost návykových látek v těle. Matka nadále pokračovala v substituční léčbě. Dle zpráv dětských lékařů bylo ze strany rodičů o dítě dobře postaráno, nevznikly žádné výhrady k jejich péči. Matka i s otcem spolupracovali s OSPOD, otec nastoupil na abstinenci orientovanou léčbu do terapeutické komunity. Matka byla i s dítětem přijata také do terapeutické komunity Karlov po dobu jednoho roku. Vzhledem k přísným podmínkám komunity Karlov musela matka absolvovat kontrolovaný týdenní detox v odborném zařízení PL Bohnice. Matka po dobu detoxikace umístila své dítě v dětském centru na základě dobrovolného pobytu. Poté i s dítětem nastoupila na roční dolečovací formu terapie v komunitě Karlov. Po ukončení ročního pobytu rodičů v terapeutické komunitě jim bylo nabídnuto chráněné bydlení DC Mat odborného zařízení Sananim. Rodiče toto přijali, smlouva byla uzavřena na dobu jednoho roku. Ta vyprší v květnu 2012. Do té doby musí rodiče zajistit vhodné ubytování pro celou rodinu a na otci leží zodpovědnost za finanční zabezpečení rodiny.

Matka

Matka je jediné dítě svých rodičů, závislá na heroinu byla několik let. Je rozvedená, s dvěma různými muži má dvě děti. Kvůli drogové závislosti bylo její první dítě svěřeno do péče prarodičů. S druhým partnerem, otcem dítěte matka znovu začala znovu užívat návykové látky, konkrétně heroin. Přerušila kontakt a styky s prvorozeným dítětem. S druhým těhotenstvím se matka na doporučení lékařů rozhodla podstoupit substituční léčbu. Matka

v této době působila velmi zakřiknutým dojmem, byla úzkostná. Vzniklá situace pro ni byla nesmírně vyčerpávající a stresující. Nicméně ve vztahu se svým partnerem nevystupovala výrazně submisivně. Rodiče působili jako partneři, kteří se sebou jednají a komunikují rovnocenným způsobem. Po absolvování substituční formy léčby nastoupila s druhým dítětem do terapeutické komunity Karlov, což je intenzivní forma abstinenčně orientovaného doléčovacího programu. Matka zde byla i s dítětem, měla tedy možnost o něho celodenně pečovat a vytvořit si s ním hluboký citový vztah. Součástí této formy programu odborného zařízení Sananim je také snaha o vyřešení sociálních záležitostí, bydlení, práce, financí. Matka nadále spolupracuje s OSPOD, terapeutická komunita na vyžádání vypracovává zprávu o léčbě matky a její péči o dítě. V chráněném bydlení je matka společně s dítětem i jeho otcem, mají možnost fungovat jako rodina. Pokud by s otcem celou situaci zvládla, uvažuje o návrhu opatrovnickému soudu o svěření svého prvního dítěte do své péče.

Otec

Otec dítěte je také jedináček. Stejně jako matka byl závislý na heroinu. V minulosti podstoupil léčbu závislosti v terapeutické komunitě, kde se potkal právě s matkou svého dítěte. Když byl otec v době adolescence umřeli jeho rodiče, zdědil poměrně velký majetek. V době, kdy žil společně s budoucí matkou svého dítěte téměř všechnen majetek utratil za drogy. Otec se k matce nikdy nechoval násilnický či dominantně. Při jednání s OSPOD či na odborných zařízeních vystupoval otec i matka jako rovnocenný pár. Otec nyní hledá zaměstnání a snaží se finančně zabezpečit chod rodiny.

Blízká rodina

Rodina ze strany matky má v péči její první dítě. Matku rodiče do určité doby podporovali v péči o dítě i ve společných kontaktech a trávení volného času. Nyní matce umožňují kontakt s dítětem. Ten vždy probíhá bezproblémově. Rodiče jsou schopni matce pomoci, po jejích opakovaných selháních v léčbě však matce již plně nedůvěřují. Otcovi rodiče již zemřeli. Jiní příbuzní se na událostech a řešení situace nepodíleli. Pokud by matka podala návrh opatrovnickému soudu o změnu výchovy do své péče, dá se předpokládat, že prarodiče nebudou souhlasit.

Současná situace

Matka úspěšně dokončila v prosinci 2011 terapeutický pobyt v komunitě Karlov, kde

byla se svým dítětem. Stejně tak i otec úspěšně absolvoval léčebný a terapeutický pobyt v komunitě. Matka před ukončením pobytu kontaktovala příslušnou sociální pracovníci OSPOD. V současné době matka i otec žijí v chráněném bydlení. Tento druh bydlení umožní rodině finančně se osamostatnit, zabezpečit další vhodné ubytování, začlenit se plně do běžného života majoritní společnosti. Matka má možnost se plně věnovat péči o dítě a zároveň je monitorována odbornými pracovníky organizace, která ubytování poskytuje. Otec žije společně s rodinou, sám má možnost najít si zaměstnání, hledat vhodné bydlení a finančně zabezpečit své dítě a partnerku. V současné době rodiče hledají byt, kde by spolu mohli žít jako rodině, otec hledá vhodnou pracovní pozici. Rodiče nadále aktivně spolupracují s OSPOD i odborným zařízením zabývajícím se léčbou drogové závislosti a poskytujících návazné sociální služby.

Práce OSPOD s rodinou

Matka byla v evidenci OSPOD v souvislosti s probíhajícím rozvodem a úpravou poměrů k dítěti po dobu rozvodu, kdy byla uzavřena dohoda mezi rodiči o výchově a výživě nezletilého dítěte. V této době nikdo z rodinných příslušníků či okolí nepoukázal na drogovou minulost matky či na rozvíjející se závislost. Zhruba za dva roky dali rodiče matky první zprávu o její závislosti. Prarodiče převzali dítě do své péče. OSPOD v této době prováděl místní šetření, probíhala jednání s matkou, která byla motivována k podstoupení abstinenci orientované léčby. Vzhledem k drogové minulosti a zkušenostem si matka veškeré potřebné náležitosti byla schopna zajistit sama. Matka se po návratu z terapeutické komunity zapojila do běžného života. Po dvou měsících však matka začala drogy opět užívat a to s partnerem, kterého poznala v terapeutické komunitě. Zanedlouho poté také otěhotněla. Matka aktivně spolupracovala s OSPOD i s odborným zařízením nabízející substituční terapii. Ihned započala terapii substituční látkou metadonem. Vzhledem k tomu, že matka spolupracovala s OSPOD a Sananimem na léčení a postupu řešení vzniklé situace měla dítě stále ve své péči. Toto bylo možné za předpokladu, že matka byla pod odborným dohledem odborníků na léčbu drogové závislosti a bylo prokázáno, že neužívá návykové látky a je schopná se o dítě starat. OSPOD průběžně kontroloval léčbu matky, spolupracoval s odborným zařízením Sananim a podílel se na vytvoření podmínek, za kterých matka může o dítě osobně a bezpečně pečovat. V budoucnu bude s rodiči řešena situace, kdy oba ukončí doléčovací programy a budou muset zajistit adekvátní bydlení, prokázat svou schopnost řádně pečovat o dítě a vytvořit mu podmínky pro zdravý a řádný rozvoj. Po uplynutí doby, kdy oba rodiče dokončí léčbu a pobyt

v chráněném bydlení, pracovníci OSPOD podají opatrovnickému soudu návrh na dohled nad výchovou nezletilého dítěte, a to z důvodu drogové minulosti rodičů. Bude tak zabezpečeno pravidelné sledování rodiny a především zdravého vývoje dítěte. Jako u dvou předešlých rodin musím zmínit i vzhled rodičů. U matky ani u otce není patrné vzezření *causa socialis*. Matka působí velice jemným a kultivovaným dojmem.

Výsledky výzkumu - Kvalitativní analýza

Rodinu A tvoří nesezdaní rodiče, oba s drogovou závislostí na pervitinu a dvě děti, další dvě děti byly dány se souhlasem matky i otce k adopci. Matka je vyučena, stejně tak otec. Oba vždy pracovali brigádně. Rodina je dlouhodobě v obtížné sociální i finanční situaci. Vzhledem k jejich závislosti a ekonomické situaci rodiče souhlasili dát dvě své děti do adopce, nejstarší a nejmladší děti byly umístěny na dobrovolný pobyt na základě souhlasu rodičů v Klokánu FOD. Matka byla submisivní, podřizovala se plně otci. Zvrat v postoji matky přišel právě mezi adoptí třetího dítěte a narozením čtvrtého dítěte. Rozhodla se nastoupit do abstinencně orientované terapie odborného zařízení Sananim. V průběhu léčby se matka začala rozhodovat samostatně, nenechala se již ovlivňovat otcem. Získala potřebné sebevědomí. Svým přístupem a změnou chování ovlivnila i otce, který vyhledal odbornou pomoc při léčbě drogové závislosti. Začal docházet do ambulantního programu Sananim. Z postoje matky vyplynulo, že je ochotná pro svěření dětí zpět do své péče změnit celý svůj přístup a životní styl. Z jejích sdělení bylo patrné, že by byla schopna opustit i otce dětí, který by ji mohl lákat k návratu k drogám. Otec, který podstupoval ambulantní léčbu a účastnil se i terapeutických sezení s matkou v rámci programu Sananim, si tuto skutečnost uvědomil a sám začal pracovat na svém přístupu k dětem a matce. Výsledkem celé interakce byla větší soudržnost matky a otce a společná snaha získat děti do své péče. V současné době jejich snahy o toto vrcholí.

Rodina B - matka má úplné středoškolské vzdělání, po určitou dobu pracovala na hlavní pracovní poměr, otec má výuční list, byl několikrát odsouzen k výkonu trestu odnětí svobody. Otec i matka pracovali převážně brigádně. Oba užívali pervitin. Rodina B měla dítě rozhodnutím soudu svěřené do péče ústavu, kterým bylo Dětské centrum. Důvodem umístění dítěte byla skutečnost, že matka po porodu odešla z nemocnice, tedy opustila své dítě. Dalším závažným důvodem byla i pozitivní zkuška na přítomnost návykové látky v těle dítěte i matky. Matka užívala pervitin, v nemocnici uvedla, že na této droze je závislá i její partner a otec dítěte. Po krátké době se matka k dítěti do porodnice vrátila. OSPOD podal návrh soudu na vydání předběžného opatření. Soud rozhodl svěřit dítě do péče Dětského centra. Otec zpočátku nebyl uveden v rodném listě dítěte. Rodiče nejsou manželé. Matka byla sociálními pracovníky motivována k absolvování léčby závislosti a k využití pomoci a služeb odborného zařízení Sananim, kde by abstinencně orientovaná terapie probíhala. Matka aktivně spolupracovala jak s OSPOD tak se Sananimem. Nejprve se matka projevovala vůči otci dítěte submisivně a byla snadno ovlivnitelná. V průběhu léčby se rodiče rozhodli otce

uvést do rodného listu dítěte. V této době bylo také opatrovnickým soudem rozhodnuto o svěření dítěte do péče Dětského centra, do doby než rodiče podstoupí léčbu drogové závislosti, zajistí vhodné ubytování a prokáží schopnost se o dítě postarat, a to i finančně. Otec ze začátku s OSPOD ani se Sananimem nespolupracoval, v průběhu matčiny léčby i on navázal spolupráci s OSPOD a nechal se pravidelně každý týden testovat na přítomnost drog v moči v odborném zařízení CADAS. Začal shánět adekvátní bydlení a práci na pracovní smlouvu. Otec si našel zaměstnání a vyhovující bydlení pro rodinu. Přistoupil také na jedno terapeutické sezení v odborném zařízení Sananim s garantem matky a s matkou v rámci jejího doléčovacího programu. Dlouhodobou aktivní spolupráci se Sananimem nenavázal, dodržel však všechna doporučení OSPOD a opatrovnického soudu. Z jeho chování vyplynula snaha o udržení rodiny a především své partnerky. Navázal vztahy i se svou rodinou. Matčin submisivní postoj se razantně změnil, v některých situacích vystupovala dominantněji než otec. Ten naopak přistoupil na mírně podřízené projevy vůči matce jeho dítěte.

Rodinu C tvoří taktéž nesezdaní rodiče. Matka má vystudované gymnázium, otec je absolventem SŠ Obchodní akademie. Oba rodiče měli dříve zaměstnání a byli poměrně dobře finančně zajištěni. Matka i otec prošli již několika léčeními drogové závislosti. Oba rodiče užívali heroin. Matce bylo dítě narozené z předešlého vztahu odebráno a svěřeno opatrovnickým soudem do péče prarodičů z matčiny strany. Důvodem tohoto kroku byla právě matčina závislost. Otec druhého dítěte poznal matku při pobytu v terapeutické komunitě. Matka byla snadno ovlivnitelná, špatně snášela nezdary a stres v běžném životě a zaměstnání. Vystupovala v této době poměrně submisivně. V době, kdy byla matka těhotná nastoupila na substituční léčbu a užívala kontrolovaně methadon. Oba rodiče spolupracovali s OSPOD i s dalšími odbornými institucemi. Vzhledem k tomu, že matka léčbu podstupovala v těhotenství a po narození nastoupila znovu do terapeutické komunity Karlov, dítě ji bylo ponecháno v péči. Tuto formu léčby nastoupil i otec, ale do jiného zařízení než matka. Rodiče po ukončení ročního pobytu v terapeutických komunitách bydlí v chráněném bydlení. Matka již nepůsobí úzkostně i přes finanční obtíže a nutnost zajistit rodině vhodné ubytování. Otec hledá zaměstnání. Péče o dítě je průběžně monitorována pracovníky chráněného bydlení, rodina aktivně spolupracuje s OSPOD. Řeší svou sociální situaci i peněžité dluhy s minulých let.

Komparace kazuistik

Rodiny spojuje společný problém, a to drogová závislost. U všech výše zmíněných matek je dobře pozorovatelná podřízenost a určitá závislost na svých partnerech. U rodiny B je tento jev viditelný asi nejvíce. Zde matka po porodu odešla od dítěte a vyhledala otce. Teprve poté se matka začala informovat o stavu svého dítěte a budoucí vývoj procesu péče o své dítě. Nutno podotknout, že v roli matky ji otec velmi podporoval a zajistil všechny podmínky, které byly rodičům stanoveny opatrovnickým soudem i pracovníky OSPOD. Narozdíl od otců z rodiny A a C se ovšem nikdy dlouhodobě a aktivně nezapojoval do terapie drogové závislosti v odborných zařízeních. Aktivně spolupracoval pouze s OSPOD.

Dalším významným rysem matek je, že v průběhu abstinenčně orientované léčby se mění jejich postoj k otcům. Jejich rozhodování a chování se stává jistější, submisivní postoj se vytrácí. Přednost před partnerem a drogou dostává dítě.

Společným faktorem všech rodin je mimo drogové závislosti také jejich ekonomická situace. Především se jedná o problémy s udržení pracovního poměru a uhrazení dluhů vzniklých v minulém období života. U rodiny A zde hraje důležitou roli i vzhled obou rodičů, kdy je patrné, že se jedná o *causu socialis*. To samozřejmě znesnadňuje nalezení vhodné a dobře placené práce. Rodina B je tímto vzhledem mírně ovlivněn otec, na matce její životní styl nezanechal víceméně viditelné známky. Otec i matka z rodiny C nemají vzhledově žádný viditelný znak, který ukazoval na jejich drogovou závislost. To má pravděpodobně velkou souvislost i s jejich vzděláním a dřívějším zaměstnáním. Také poměrně dlouhou dobu byli tito rodiče vcelku dobře finančně zajištěni. Mohly si tak více dovolit pečovat o sebe zdravotně i vizuálně.

Rodiny A i B léčbu drogové závislosti podstoupily poprvé, matky absolvovaly tříměsíční intenzivní ambulantní terapii s následným doléčovacím programem. Stejně tak i otec z rodiny A. Otec z rodiny B léčbu odmítl, pravidelně podstupoval testování na přítomnost návykových látek v těle. Vždy s negativním výsledkem. Rodiče z rodiny C již jednou podstoupili léčebný program v terapeutické komunitě, léčbu tedy podstoupili dvakrát. Jejich léčba a resocializace tedy byla daleko náročnější, než tomu bylo u ostatních rodin. Jako jediní také dostali možnost chráněného bydlení po dobu jednoho roku. Ostatní páry byly schopny zajistit si vhodné ubytování. Z hlediska vzdělání a pracovní praxe mají ovšem rodiče C větší možnost nalézt vhodné zaměstnání a do budoucna zajistit rodinu finančně.

Důležitým aspektem ke komparaci je také původní rodina rodičů. Matky z rodiny A a B, vyrůstaly v neúplných rodinách bez otce. Vztah s jejich matkami je dodnes narušen,

komunikace mezi nimi probíhá zcela výjimečně. Situace se změnila u matky z rodiny B poté, co bylo dítě svěřeno do společné péče rodičů. Matka matky začala rodinu vyhledávat a finančně i sociálně rodině pomáhat. Vztah je nyní poměrně harmonický. Matka z rodiny C měla narušené vztahy s oběma rodiči z důvodů její dřívější drogové závislosti. Nicméně její rodiče ji podporovali a pomáhali s výchovou dítěte, do doby než matka znovu začala užívat heroin. Rodina matky C neuvedla situace ani důvody, pro které by mohl být vztah s jejich dcerou narušený v době jejího dětství či dospívání.

U otců jsou vztahy s jejich rodinami a především rodiči komplikované, ale nejsou přerušené. Po léčbě také došlo snadněji k obnovení jejich vztahu či k jeho opětovnému navázání než tomu bylo o rodin matek. Často také rodiny otců finančně i sociálně podpořili jejich partnerky a děti.

První dvě rodiny A a B měly ekonomické problémy, což byl jeden z důležitých aspektů při řešení situace rodin. Rodiny musí dokázat, že jsou schopny se o sebe a hlavně o děti postarat nejen fyzicky, ale také ekonomicky. Rodina A musela pronajatý byt opustit z finančních důvodů. Rodina B žila před narozením dítěte na ubytovně, která nebyla vhodná pro pobyt dítěte. Podmínkou tedy bylo stejně jako u všech rodin zajištění adekvátního bydlení. Rodina C měla v tomto ohledu situaci o poznání lehčí, otec dítěte zdědil majetek, kterým mohl disponovat ke koupi domu a zařízení adekvátního prostředí. Matka z rodiny C však takovéto finanční zázemí již neměla. Z ekonomického hlediska byla odkázána na otce dítěte. V době podstoupení léčby v terapeutické komunitě však rodina C o majetek přišla z důvodu jejich narůstajících dluhů z minulosti.

Výzkumný projekt si kladl za cíl zmapovat také postup orgánu sociálně-právní ochrany dítěte s ohledem na sociální práci s drogově závislými rodiči, spolupráci se státními i nestátními organizacemi, možnost práce s rodinou, sanace rodiny a léčby závislosti. Dále také možnou spolupráci s rodinným zázemím rodičů – tedy spolupráce s prarodiči nezl. dětí umístěných na základě drogové závislosti rodičů mimo jejich péči.

První informace o drogové závislosti rodičů pocházeli z nemocnice, kde matka dítě porodila. Následoval časový prostor pro rozhodnutí rodičů, zda spolupracovat s OSPOD či dítě opustit. V případě zkontaktování rodiči, je postup vždy stejný. Jde o předání informací o postupu OSPOD v případě, že rodiče jsou motivováni se léčit a o dítě mají zájem. Jsou jim předány kontakty na odborné zařízení, které jsou zaměřené na práci s drogově závislými a nabízejí abstinенčně orientovanou léčbu a podílejí se ve spolupráci s OSPOD na sanaci celé

rodiny. V případě nezájmu rodičů je jim vysvětlen postup osvojení dítěte. Je zde opět nechán časový prostor pro rodiče, kteří mají zájem o navázání spolupráce s odbornými zařízeními.

Ve všech případech rodin A, B i C se rodiče rozhodli spolupracovat s OSPOD a absolvovat abstinenčně orientovanou terapii či testování na přítomnost návykových látek v těle. Všichni také léčbu úspěšně dokončili, aktivně spolupracovali se všemi zúčastněnými institucemi a odbornými zařízeními. U rodičů nebyl zaznamenán ani jeden případ jejich relapsu.

Závěry výzkumu

Multidisciplinární přístup výše zmíněných institucí dává drogově závislým rodičům možnost léčby, resocializace, uplatnění jejich rodičovských práv, ale i povinností. Spolupráce odborných zařízení je pro sanaci rodiny naprosto nezbytná. Bez vzájemné komunikace a podpory těchto institucí nelze dítěti zaručit jeho bezpečí a právo vyrůstat ve své biologické rodině.

Z uvedených kazuistik je patrné, že důležitým faktorem je vzájemný vztah rodičů k sobě samým, ale i k dítěti či dětem. Základem práce na sanaci rodiny je umožnit rodičům vytvořit si k dítěti silný vztah. Partnerská podpora při zvládání abstinенčně orientované léčby, soudních řízení a spolupráce s odbornými organizacemi má velký vliv na zvládání celé situace a průběh řešení. Pod tlakem své partnerky, odborných zařízení i veřejného tlaku, ale také příchodem dítěte, byli otcové ochotni změnit svůj životní styl a ztotožnit se se svým novým postavením otce a živitelem rodiny. Toto období je pro ně nové a nezvyklé, učí se jednat v souladu se sociálními normami a očekáváními, poprvé po několika letech přijímají odpovědnost sami za sebe a za své chování. Matky, které byli ve své nové životní roli podporovány a přijímány okolím mají větší motivaci a ochotu spolupracovat s odbornými zařízeními, lépe se zapojili do chování a očekávání konformní komunity. Tyto rodiny mají i poměrně vyšší šanci na zlepšení jejich sociální a ekonomické situace, a to za předpokladu, že jeden z partnerů finančně zabezpečuje rodinu.

Jako velice zásadní se také ukazují vztahy s blízkými příbuznými rodičů. Jejich podpora, jak finanční tak i emocionální, napomáhá k lepší adaptaci na role rodičů, živitelů a pracujících občanů. Příbuzní rodičů pomáhají udržovat stabilitu nové rodiny a ulehčují ji návrat do běžné společnosti. Přistupují ke svým dětem, nyní rodičům, bez předsudků a přiznávají jim jejich role a práva.

U rodičů z výše uvedených kazuistik je také patrné, že v určitém úseku svého života žili obdobně jako většina konformní společnosti, vyrostli v biologické rodině (i když většina z nich v neúplné), vyučili se či vystudovali, pracovali, měli zajištěné ubytování. Jediný z rodičů, který vykazoval dlouhodobou trestnou činností a patologickou osobnost, je otec z rodiny B. Ten neabsolvoval abstinенčně-orientovanou léčbu a dlouhodobě se nezapojil do žádné terapie. Nicméně matka a jeho partnerka zajistila, že otec aktivně spolupracoval s orgánem-sociálně právní ochrany, prokázal svou abstinenci a rodinu zajistil sociálně i finančně. Změny v jeho chování i náhledu na celou situaci docházelo postupně a v průběhu celé sanace rodiny.

Lze konstatovat, že postupy OSPOD jsou podpořeny a mají základy ve spolupráci s dalšími odbornými institucemi zabývajícími se jak léčbou drogové závislosti, tak i péčí o nezletilé děti. Základem práce s rodinou je komunikace s rodiči a odbornými organizacemi, které oba rodiče mohou využívat k překonání svých obtíží. V sanaci těchto rodin se významně odráží jejich abstinence, psychoterapeutická léčba, nácvik rodičovských dovedností, přijetí a podpora společnosti.

První kontakt pracovníka sociálně-právní ochrany dětí s rodinou vzniká jejím přijetím do evidence OSPOD, ať jde již o anonymní zprávu, zprávu z blízkého okolí či zprávu ze zdravotnického či jiného odborného zařízení. Je nutné nejprve navázat kontakt s lidmi nebo institucemi, které zprávu podali a následně kontaktovat oba rodiče, pokud jsou zapsáni v rodném listu dítěte. U drogově závislých rodičů je prvotní iniciativa aktivní vyhledání místně příslušného úřadu. Následně by mělo dojít k navázání spolupráce rodičů s orgánem sociálně-právní ochrany dětí, ten dále spolupracuje a komunikuje s dalšími odbornými organizacemi. V případech, kdy se předpokládá nezájem rodičů či ohrožení dětí vstupuje do interakce také místně příslušný opatrovnický soud. Ten si od orgánu sociálně-právní ochrany žádá zprávy o situaci rodičů a dítěte, o jejich spolupráci a absolvování abstinenčně orientované léčby. Soud si také zjišťuje vhodné podmínky, které by mohly vést ke schválení návrhu rodičů na svěření dětí do své péče. I pokud nebylo vydáno rozhodnutí o ústavní výchově, rodiče musí prokazovat, že jsou schopni se řádně postarat o dítě či děti a že jim vytvořili vhodné, zdravé a bezpečné prostředí pro jejich celkový rozvoj.

Rodiny drogově závislých rodičů lze sanovat jen za podmínek, kdy jsou rodiče motivováni k léčbě, spolupracují s institucemi a jsou schopni osobně pečovat o své děti. Orgán sociálně-právní ochrany dětí za tímto účelem využívá spolupráce především organizací zabývajících se léčbou drogové závislosti a státní i nestátní instituce, které se zabývají celodenní řádnou péčí o děti ohrožené, opuštěné – Dětské centrum, Klokánek FOD, Sananim, Drop-in, atd. Orgán sociálně-právní ochrany dětí rodinu motivuje ke spolupráci a poskytuje rodičům právní poradenství a pomoc při řešení jejich situace. Zároveň má zodpovědnost vůči dítěti a jeho hlavním úkolem je chránit jeho zájmy. Z toho vyplývá, že je prostředníkem mezi organizacemi a institucemi, rodiči a opatrovnickým soudem. Tomu navrhuje řešení situace či další postup v řešení případu dané rodiny. I když se rodina zvládne a respektuje veškerá doporučení a rady ze strany odborných institucí, rodiče abstinují a jsou schopni pečovat o své děti, je nezbytná dlouhodobá kontrola situace a stavu rodiny. Tento dohled by se neměl být pouze kontrolou, ale také podporou a pomocí rodině.

Závěr

Diplomová práce si kladla za cíl zmapovat možnosti sanace drogově závislých rodičů, popsat aspekty, které jsou ve vzájemné interakci při léčbě a práci se závislými matkami i otci. Jde především o submisivní postavení drogově závislých žen na svých partnerech, ale také obecně mužích. Významnou roli hraje v závislosti i léčbě sebevědomí a sebepojetí žen, zážitky z rodiny a vyrůstání. Dílčím cílem bylo také poukázat na různé postupy řešení sanace rodiny a nutnou spolupráci s odbornými zařízeními zabývající se léčbou, péčí o dítě, rodinnými terapiemi a poradenstvím. Kvalitativní část diplomové práce byla postavena na kazuistikách tří rodičovských párů závislých na drogách. Zde se mělo prokázat, zda může být sanace těchto rodin úspěšná a zda je toto přínosné řešení pro samotné děti, ale také společnost.

V prvním bodě diplomové práce je zřetelné, že dnešní možnosti pracovat s rodiči, kteří jsou závislí na návykových látkách, jsou poměrně široké, od substituční léčby po abstinenci orientovanou léčbu až doléčovací pobyty v terapeutických komunitách a chráněných bydleních. Na sociální, psychologickou, ale také zčásti pedagogickou práci s touto specifickou skupinou jsou dnes vyškolení odborní pracovníci, jejichž cílem je právě zachování a znovuoobnovení funkcí rodiny, tedy její sanace. Diplomová práce mapuje především postupy orgánu sociálně-právní ochrany dětí vzhledem k nezastupitelné roli této instituci v právním i sociálním systému České republiky. Tato organizace má chránit zájmy dítěte, snažit se předcházet ohrožení dětí a zároveň udržovat funkce rodiny stabilní a bezpečné. Při práci s drogově závislými rodiči je však nezbytný multidisciplinární přístup odborných zařízení vstupujících do interakce s rodiči. Tyto procesy práce s rodinou a spolupráce se specifickými organizacemi jsou popsány především v praktické části diplomové práce. Práce jen jedné organizace bez podpory druhé by byla značně neefektivní.

Z kvalitativního výzkumu vyplynulo, že sanace uvedených rodin byla částečně úspěšná. Děti mohly vyrůstat se svými rodiči nebo s nimi zůstali v poměrně úzkém kontaktu. Další práce s těmito rodinami je jistě prospěšná a jedním z jejích cílů je také ochrana samotné společnosti před sociálně patologickými jevy. Z daného výzkumu není patrné, zda sanace těchto rodičů bude úspěšná i v budoucnu, samotnou otázku tvoří genetické predispozice, sociální prostředí rodiny i její ekonomická situace na budoucí výchovu a vývoj jejich dětí.

Pro úspěšnou práci a sanaci těchto rodin je potřebná vysoká míra profesionalizace, vstřícného a důsledného přístupu, možnost psychoterapeutické pomoci, ale také nácviku rodičovských dovedností. Protože odsouzením drogově závislých rodičů společnost niče

nedosáhne. Problém závislosti a užívání psychoaktivních látek je starý jako sami lidé. Řešením jsou spolupracující multidisciplinární týmy, které mají podporu majoritní společnosti, ale také finanční zastání. Rušením nebo omezováním odborných zařízení dojde k situacím, kdy děti budou umisťovány ve větší míře v ústavních zařízeních nebo v pěstounské péči, kde budou často odtrženi od své biologické rodiny. Úspěšná sanace je podmíněna multidisciplinárním přístupem, který směřuje především k resocializaci drogově závislých rodičů, a to především díky nácviku rodičovských dovedností, osobnostního rozvoje rodičů a podpoře a pomoci odborných zařízení. Tito rodiče se znovu učí začlenit se a fungovat v běžné společnosti. Ukazuje se, že pokud je rodič dostatečně motivovaný změnit svůj způsob života spojený s drogou a opravdu být rodičem, může toho dosáhnout za podpory odborných zařízení věnujících se léčbě drogové závislosti a organizacím, které nabízejí sanaci rodiny a učí matky a otce rodičovským a sociálním dovednostem.

Literatura

BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ, M. *Sanace rodiny. Sociální práce s dysfunkčními rodinami*. 1. vydání. Praha: Portál, 2008. 151 s. ISBN: 978-80-7367-392-5.

BINDER, T., VAVŘINKOVÁ, B. *Návykové látky v těhotenství*. 1. vydání. Praha: Triton, 2006. 122 s. ISBN: 80-7254-829-8.

DRTILOVÁ, KOUKOLÍK. *Vzpoura deprivantů. Nestvůry, nástroje, obrana*. Galén, 2008. 327 s. ISBN: 978-80-7262-410-2.

GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. *Rodinná terapie. Systemické a narativní přístupy*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada, 2009. 288 s. ISBN: 978-80-247-2390-7.

GOSSOP, M. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. 1. vydání v jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. 104 s. ISBN: 978-80-87041-81-9.

HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. a kol. *Závislost známá neznámá*. 1. vydání. Praha: Grada, 1996. 162 s. ISBN: 80-7169-277-8.

HUČÍK, J., HUČÍKOVÁ, A. *Kazuistika v sociálnej práci*. 2. vydání. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2010. ISBN: 978-80-89271-66-5.

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*. 1. vydání. Úřad vlády České republiky, 2003. 2 sv. 319, 343 s. ISBN: 80-86734-05-6.

KALINA, K. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. 1. vydání. Praha : Grada, 2008. 394 s. ISBN: 978-80-247-2449-2.

KASTNEROVÁ, M., SEDLÁČKOVÁ, S., ŽIŽKOVÁ, B. *Systém péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé matky a jejich děti*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 58 s. ISBN: 80-7040-924-X.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. 1. vydání. Praha: Středočeský kraj, Magdaléna, 2004. 239 s. ISBN: 80-239-4814-8.

KRAUSOVÁ, L., NOVOTNÁ, V. *Sociálně-právní ochrana dětí*. 1. vydání. Praha: ASPI, a. s., 2006. 228 s. ISBN: 80-7357-214-1.

MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny v kontextu plánování péče*. 1. vydání. Praha: Portál, 2010. 183 s. ISBN: 978-80-7367-739-8.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 199 s. ISBN: 80-85121-52-2.

PEMOVÁ, T., PTÁČEK, R. *Sociálně-právní ochrana dětí pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. 187 s. ISBN: 978-80-247-4317-2.

ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. 1. vydání. Praha: Grada, 1999. 260 s. ISBN: 80-7169-836-9.

SMUTKOVÁ, L. *Sociální práce s rodinou*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. 107 s. ISBN: 978-80-7041-069-1.

PRESLOVÁ, I. et al. *Manuál práce s dětmi drogově závislých klientů: komplexní program péče o dítě závislých matek o. s. Sananim*. Praha: Sananim, 2011. 79 s. ISBN: 978-80-904536-1-6.

PRESLOVÁ, I., HANKOVÁ, O. a kol. *Mladiství a drogy: Sborník odborné konference: Praha 20.-21. dubna 2010*. Praha: Sananim, 2010. ISBN: 978-80-904536-0-9.

PRESLOVÁ, I. *Ženy a drogy: sborník odborné konference: Praha 15.-16. dubna 2009*. Praha: Sananim, 2009. 111 s. ISBN: 978-80-254-5133-5.

SCHULTE, B., THANE, K. et. al. *Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě*. 1. vydání v jazyce českém. Evropská komise: Úřad vlády České republiky, 2008. 140 s. ISBN: 978-80-7440-042-1.

TRÁVNÍČKOVÁ, I. *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*. 1. vydání. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2001. 83 s. ISBN: 80-86008-92-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vydání, rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2008. 870 s. ISBN: 978-80-7367-414-4.

Internetové zdroje:

O. S. Sananim. Výroční zpráva O. S. Sananim 2010. [online]

<http://www.sananim.cz/ke-stazeni/vyrocní-zpravy.html> [2011-08-15]

PREV-CENTRUM. Prev – centrum, o. s. Subutex. [Online]

<http://www.kmen.info/Drogy-Subutex.aspx> [2011-11-09]

VINCENT. L. Oficiální stránky dětské ambulance. NEŠPOR, K., SCHEANSOVÁ, A. *Alkohol, tabák a jiné návykové látky a reprodukční rizika*. [Online]

<http://www.mudrvincent.cz/home/alkohol-tabak-a-jine-navykove-latky-a-reprodukci-rizika> [2011-10-17]

ZÁCHRANNÝ KRUH. Asociace „Záchranný kruh.“ TRÁVNÍČKOVÁ, I. Problémy drogové závislosti v těhotenství. [Online]

http://www.zachrannykruh.cz/rizikové_chování/problemy_drogove_zavislosti_thml [2011-10 - 23]

Souhlasím s tím, aby moje diplomová práce byla půjčována ke studijním účelům. Žádám, aby citace byly uváděny způsobem užívaným ve vědeckých pracích a aby se vypůjčovatelé řádně zapsali do přiloženého seznamu.

V Praze dne

.....

Podpis

[illegible]